**第３回日本フットケア・足病医学会東北地方会学術集会
　【抄録フォーマット】**

**【１】演題名**

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**　フォントは，MS明朝を使用．　**100文字以内** |
|  |

**【２】発表者・共同演者　氏名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **発****表****者****に****○** | **氏名（必須）**フォントは，MS明朝を使用． | **所属機関番号（必須）**次の【３】より該当の所属番号を記入してください．（複数選択可） |
| 入力例 | やまがた | いちろう | 1,3,4 |
| 山形 | 一郎 |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

所属記載欄が不足した場合は，適宜「行」を追加してください（右欄外 “↲ ” にカーソルを合わせ,エンターキーを押下）．

**【３】発表者・共同演者の所属機関**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属機関番号**【２】発表者・共同演者 氏名の所属機関番号欄に該当する下記の所属機関番号を記入してください. | **所属機関（必須）**フォントは，MS明朝を使用． |
| 入力例 | やまがた病院　皮膚科 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

※所属記載欄が不足した場合は，適宜「行」を追加してください（右欄外 “↲ ” にカーソルを合わせ,エンターキーを押下）．

【**４】抄録本文**

|  |
| --- |
| **抄録本文（必須）**　　**1000文字以内**　　フォントは，MS明朝を使用．抄録本文中の図表の使用はお控えください．句読点には，“ ，（コンマ）”および“ ．（ピリオド）”を使用してください． |
|  |

**【５】発表代表者の連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名（必須）** |  |
| **所属（必須）** |  |
| **住所（必須）** |  |
| **連絡用****E-mailアドレス****（必須）** |  |
| **電話番号（必須）** |  | **ＦＡＸ番号** |  |