

発表申込フォーム



下記のフォームにご記入の上、このページの下の"次へ"ボタンを最後にクリックして下さい。

*は入力必須項目です。

E-mailアドレスは、正確に入力して下さい。(確認メールの送信ができません。)

入力毎に下書き保存をご活用ください。

投稿者情報

*会員番号 (半角数字)	<input type="text"/> 非会員の場合は999999を記入 非会員 (999999) の場合は締切までに会員登録を行ってください。
*投稿者名	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>
*フリガナ	セイ <input type="text"/> メイ <input type="text"/> (全角カタカナ)
*投稿者名 (英語)	Family & Middle Name <input type="text"/> First Name <input type="text"/>
*所属機関 (勤務先)	<input type="text"/>
*所属機関 (英語)	<input type="text"/>
*投稿者住所	<input type="radio"/> 所属機関 (勤務先) <input type="radio"/> 自宅 <input type="text"/>
*投稿者郵便番号 (半角数字)	<input type="text"/> 7桁でご記入下さい (例: 1234567)
*投稿者電話番号 (半角数字)	<input type="text"/> (例: 01-1234-5678)
投稿者FAX番号 (半角数字)	<input type="text"/> (例: 01-1234-5678) スペースの入力はしないで下さい。
*投稿者E-mail (半角英数字)	<input type="text"/>
*E-mail確認用 (半角英数字)	確認のため再度入力をお願いします。 <input type="text"/>

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

投稿者情報の各項目をご入力ください。
会員番号と投稿者名で引き合わせを行っておりますので、会員番号と投稿者名は正確にご入力ください。
非会員の場合は999999をご入力ください。

演者の所属機関

所属機関の総数

4

件

※所属機関は大学、病院、研修施設、または支部名を記載してください。
個人の歯科医院は抄録に掲載できません。
賛助会員のみ社名の記載が可能です。

所属番号	※所属機関 (勤務先)	※所属機関 (英) 半角英数字のみ
※1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
※2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
※3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
※4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

演者所属機関の各項目をご入力ください。
所属機関は12個まで選択できます。
所属機関は、日本語名、所属機関（英）に英語名をご入力ください。英語名のみの場合には、所属機関にも英語名をご入力ください。

演者

演者名の記名順位は下記の順でプログラムに掲載されます。

演者の総数

4

人

※筆頭演者の方はチェックボタンにチェックして下さい。
※所属番号欄には、上記の所属番号を半角で記入して下さい。(複数の場合は、1,2...と記入下さい。スペースは不要です)
※共同演者に非会員がいる場合は、締切までに必ずご入会いただくようお願いください。

発表者 チェック	発表者 筆頭演者	会員番号	演者名 (和)		演者名 (英) 大文字記入		※所属番号 (1,2,3...)
			※姓 (東京)	※名 (花子)	※Family & Middle Name (TOKYO)	※First Name (H ※イニシャル)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

演者の各項目をご入力ください。
演者は12個まで選択できます。
発表者チェックは、最上部の方が発表者となります。忘れずにチェックをお入れください。
演者名（英）のFirst Nameは、イニシャル1文字となります。
所属番号は、上記の演者の所属機関の所属番号と関連するようにご記入ください。複数の場合は数字の間に「,」をお入れください。

パスワード (データ修正時に必要です)

*パスワード	<input type="text"/>	4-12文字の半角英数字をお願いします。
*パスワード (確認用)	<input type="text"/>	確認のため再度入力をお願いします。

パスワードをご入力ください。
演題投稿機関内に編集をすることが可能です。
その際にログインするためのパスワードとなります。
登録完了時にメールにて設定したパスワードが送られます。

発表形式

*下記のボタンにチェックして下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 優秀研究発表 | <input type="radio"/> 一般口演 |
| <input type="radio"/> 歯科技工士セッション | <input type="radio"/> 歯科衛生士セッション |
| <input type="radio"/> ポスターセッション
(優秀ポスター発表賞(デンツブライシロナ賞)応募する) | <input type="radio"/> ポスターセッション
(優秀ポスター発表賞(デンツブライシロナ賞)応募しない) |

発表形式をお選びください。

大項目

*下記より選択してください。

大項目をお選びください。
E：臨床での提案・工夫のみ抄録本文が3枠となります。

小項目

*下記より選択してください。

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

小項目をお選びください。

演題名・抄録本文

歯式による表記が必要な場合・下記、歯式・発音記号の入力記号をコピー&ペーストして入力すると表示されます。

文字修飾について

下記のHTMLタグを入力して下さい。

文字修飾	入力記号	表示	文字修飾	入力記号	表示
上付き文字	¹³C NMR	¹³ C NMR	上顎正中	⏊	⊥
下付き文字	H₂</sub>O	H ₂ O	下顎正中	⏉	⊤
下線	<u>directly</u>	<u>directly</u>	上顎左側	⎿	⊏
ベータ	β	β	下顎左側	⎾	⊐
登録商標記号	®	®	上顎右側	⏌	⊑
改行	改行位置に を挿入、 またはEnterで改行できます。		下顎右側	⏋	⊒
			上顎正中省略	⏈	⊖
			下顎正中省略	⏇	⊗

その他・特殊文字は、こちらの表を参照してください。

演題名(和)	<input type="text" value="全角120文字以内"/>
演題名(英)	<input type="text" value="半角240文字以内(頭文字は大文字でご入力ください)"/> ※演題名(和)に対して忠実かつ整合性のとれたタイトルにしてください
抄録本文	I 目的: <input type="text"/>
	● I 症例の概要: ● II 方法の概要 <input type="text"/>
	III 考察および結論: <input type="text"/>
<small>全項目の文字数を合計して、全角1,000文字(半角2,000文字)まで入力可 現在文字数: 全角20文字 (項目名およびスペースを含みます) ※抄録の最後に患者・被験者の同意について必ず記載してください。 また、動物実験倫理委員会、倫理審査委員会等の承認番号を得ている場合は、必ず「抄録サンプル例」のとおり記載してください。</small>	

下書き保存 PDFプレビュー 目的の入力後下書き保存をしてください。

抄録で特殊な文字を使用する場合は、こちらをご参考ください。
また表示にない文字については、紫枠の「こちら」をご参考ください。

演題名の(和)(英)をご入力ください。

抄録本文をご入力ください。
IIについては選択しの出る場合がありますので、抄録に合ったものをご選択ください。

PDFプレビューからご入力した演題のPDFを確認できます。
簡易PDFとなる為、行頭に「,」「.」がくることがあります。抄録集にする際に修正いたしますので、そのままをご確認ください。
使用不可の文字を入力した場合は、「■」と表示されます。

倫理審査承認番号

*下記のボタンにチェックして下さい。

【厚生労働省に登録の倫理審査委員会の場合】

承認済み 申請中 申請不要

※適応外使用または未承認の材料を含む研究・症例の場合はご注意ください。

倫理審査の要否がご不明な場合は、学会事務局までお問い合わせください。 jsoi@peace.ocn.ne.jp

申請機関	<input type="text"/>
倫理審査委員会番号 (半角数字8桁)	<input type="text"/>
承認番号	<input type="text"/>
申請不要の理由	<input type="text"/>

倫理審査委員会番号 (IRB番号) を確認する [確認ページへ](#)

【厚生労働省に登録の倫理審査委員会以外の場合】

厚生労働省登録委員会以外の認定臨床研究審査委員会または認定再生医療等委員会、あるいは動物実験委員会で承認済み

委員会名	<input type="text"/>
承認番号	<input type="text"/>

備考 (発表内容に限る)

備考欄

査読者に公開される内容です。

※発表日時の希望は受付いたしません。

入力後は「次へ」ボタンをクリックしてください。
表示される「確認画面」の内容をお確かめの上送信してください。

次へ

クリア

中止

倫理審査承認番号の各項目をご入力ください。

備考 (発表内容に限る) をご入力ください。
査読時の説明等、査読者へ伝えるべき内容をご入力ください。
発表日時などの受付用ではありません。

必須項目のご入力が終わりましたら次へをクリックして、COI画面へ移動してください。

発表申込フォーム



下記のフォームにご記入の上、このページの下の「次へ」ボタンを最後にクリックして下さい。

*は入力必須項目です。

E-mailアドレスは、正確に入力して下さい。(確認メールの送信ができません。)

入力毎に下書き保存をご活用ください。

利益相反 (COI) 自己申告

配偶者、一親等の親族、収入・財産を共有する者が COI 状態に該当する場合は、「該当者氏名 (発表者との関係)」のように記載して下さい。

※申告対象期間は、演題登録前の 1 年間とする。

注 (下記「申告すべき事項」のなかで「申告の基準」額を超えている事項で、尚且つ演題登録時点から遡って 1 年間に抵触している事象が存在する場合のみ「有」として必要事項を記載して下さい。それ以外の場合はすべて「無」として下さい。)

すべての項目を「無」にチェックする

1. 報酬額

1 つの企業・組織や団体から年間 100 万円以上

有 無

有の場合	該当者氏名	<input type="text"/>
	該当事項の概要	<input type="text"/>
	企業・組織や団体名等	<input type="text"/>



	企業・組織や団体名等	<input type="text"/>
--	------------	----------------------

申告日:	<input type="text" value="例 YYYY/MM/DD"/>
筆頭演者 氏名:	<input type="text"/>

入力後は「次へ」ボタンをクリックしてください。
表示される「確認画面」の内容をお確かめの送信してください。

戻る **次へ** クリア 中止

利益相反 (COI) 自己申告の各項目をご入力ください。
一括ですべてなしにする場合には、紫枠のボタンをクリックしてください。

申告日と筆頭演者をご入力ください。

COI のご入力が終わりましたら、次へをクリックして、確認画面へ移動してください。

発表申込フォーム



下記のフォームにご記入の上、このページの下の“次へ”ボタンを最後にクリックして下さい。

*は入力必須項目です。

E-mailアドレスは、正確に入力して下さい。(確認メールの送信ができません。)

投稿者情報

*会員番号 (半角数字)	999999
*投稿者名	東京 花子
*フリガナ	トウキョウ ハナコ
*投稿者名 (英名)	TOKYO HANAKO
*所属機関 (勤務先)	日本口腔インプラント事務局
*所属機関 (英名)	JSOI
*投稿者住所	所属機関 (勤務先) 東京都〇〇区芝〇〇〇〇
*投稿者郵便番号 (半角数字)	1234567
*投稿者電話番号 (半角数字)	01-1234-5678 内線

有の場合	該当事項の概要
	企業・組織や団体名等

申告日:	2020/02/01
筆頭発表者氏名:	東京花子

入力後は「登録する」ボタンをクリックしてください。
表示される「確認画面」の内容をお確かめの上送信してください。

戻る 登録する クリア 中止

テキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプル
テキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキストサンプルテキスト
IV考察および結論：
サンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサンプルテキストサ
ンプルテキストサンプルテキスト

PDFプレビュー

PDFを確認する PDFプレビューを確認しました。

倫理審査承認番号

承認済み

*申請機関	サンプル機関
*倫理審査委員会番号	123456

確認ページ内のPDFプレビューを再度ご確認ください。
PDFを表示した後、確認用チェックを押すことができます。

入力された各項目をご確認ください。
上記PDFプレビューの確認は必須となります。

ご確認ができましたら、登録するをクリックし、完了ページへ移動してください。

発表申込フォーム



発表申込を受けました。

登録番号：

メール送信先： █████@█████

ご登録ありがとうございました。

発表申込のお問い合わせ

公益社団法人 日本口腔インプラント学会事務局

〒108-0014

東京都港区芝4-3-5 ファースト岡田ビル8F

TEL：03-5765-5510

FAX：03-5765-5516

E-mail：jsoi@peace.ocn.ne.jp

URL：<https://www.shika-implant.org/>

ブラウザにて「戻る」の操作をしないで下さい。

登録が完了しましたので、ブラウザを開いてください

登録受付完了ページが表示されます。
ご登録したメールアドレス宛にメールが送信
されます。