**演題登録を希望される方は、本フォームに必要事項を入力の上、2021年11月15日（月）までに、**

**学会事務局 < jrss13@komakihp.gr.jp >までEmail添付にてご提出ください。**

**2頁目の入力例も含む、全3頁をご提出ください。1頁目及び3頁目にご入力いただきました情報を使用いたします。**

**●発表者の情報を以下にご入力ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **氏名ふりがな** |  |
| **所属（施設名・所属部署）** |  |
| **住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **FAX番号** |  |
| **Emailアドレス** |  |

**１．今回は現地開催を予定していますが、状況により変更致します。そのため希望発表形式については後日ご連絡いたします。**

**２．一般演題のカテゴリーを下記より1つ選択してください。（複数回答不可）**

**一般演題カテゴリー**

☐１）　血管病変

☐２）　腫瘍

☐３）　機能性疾患（てんかん　不随運動症　神経痛）

☐４）　画像診断

☐５）　線量計画

☐６）　放射線治療機器

☐７）　看護

☐８）　その他

**以下に沿って、3頁目の各欄に収まるよう、演題名、著者所属、著者氏名、抄録本文を日本語で、すべて左寄せでご入力ください。演題名につきましては英語でもご入力ください。**

**日本語・英数字ともにMS P明朝フォントでご入力ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 演題名（日本語） | **50文字以内**、**MS P明朝**、フォントサイズ**14ポイント**、**左寄せ** |
| 演題名**（英語）** | **25words以内、MS P明朝**、フォントサイズ**12ポイント**、**左寄せ** |
| 著者所属（日本語） | **MS P明朝、**フォントサイズ**12ポイント**、**左寄せ****著者の所属及び氏名**をご入力ください。所属や氏名の途中で改行されないようにしてください。 |
| 著者氏名（日本語） |
| 抄録本文（日本語） | **全角換算800文字以内**、**MS P明朝**、フォントサイズ**12ポイント**、**左寄せ** |
| Key words | **5個以内**、**MS P明朝**、フォントサイズ**12ポイント**、**左寄せ** |

**抄録は、3頁目にご記入いただいた内容・体裁にて、そのまま抄録集に印刷されます**ので、予めご了承ください。抄録入力の際には、2頁目の入力例をご参照ください。

**入力例**

1つ目の欄には、日本語の演題名を

ご入力ください。**（50文字以内、フォント**

**サイズ14ポイント、左寄せ）**

**※本フォームの3頁目に抄録をご入力いただく際には、本頁の入力例に**

**倣ってご入力ください。抄録集では罫線は印刷されません。**

|  |
| --- |
| **放射線外科学会における機能画像の重要性** |
| Importance of molecular/functional imaging on JRSS2つ目の欄には、**英語**の演題名をご入力ください。**（25words以内、フォントサイズ12ポイント、左寄せ）** |
| 小牧市民病院　脳神経外科1)　放射線科2)3つ目の欄には、著者所属を日本語でご入力ください。**（フォントサイズ12ポイント、左寄せ）** |
| 小牧太郎1)　　小牧花子2)　　4つ目の欄には、著者氏名を日本語でご入力ください。**（フォントサイズ12ポイント、左寄せ）** |
| 【目的】【方法】【結果】【結論】5つ目の欄には、抄録本文を日本語でご入力ください。**（全角換算800文字以内、フォントサイズ12ポイント、左寄せ）** |
| Key wordsmolecular image, radiotherapy, 6つ目の欄には、Key wordsを**5個以内**で入力ください。**（フォントサイズ12ポイント、左寄せ）** |

|  |
| --- |
| **演題名** |
|  |
| **英文タイトル** |
|  |
| **所属** |
|  |
| **演者** |
|  |
| 【目的】【方法】【結果】【結論】 |
| Key words |