



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。

ご連絡先情報

* 会員番号 (半角英数字)	<input type="text"/> 非会員の場合は000000を記入
* ご連絡先担当者名	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)
ご連絡担当者名(英名)	Family Name <input type="text"/> First & Middle Name <input type="text"/>
* 所属機関 (大学 / 勤務先)	<input type="text"/>
* 所属機関 (学部 / 部署)	<input type="text"/>
* ご連絡先住所	<input type="radio"/> 所属機関 (勤務先) <input type="radio"/> 自宅 <input type="text"/>
* ご連絡先郵便番号(半角数字)	<input type="text"/> 7桁でご記入下さい (例: 1234567)
* ご連絡先電話番号(半角数字)	<input type="text"/> (例: 0112345678) 内線 <input type="text"/> スペースの入力はしないで下さい。
* ご連絡先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お願いします。 <input type="text"/>

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。
会員番号は正確にご入力ください。
非会員の場合は000000をご入力ください。

発表者

発表者をご連絡担当者と異なる場合もお手数ですがご記入ください。

- 発表者をご連絡先担当者が同じです。
 発表者をご連絡先担当者が異なります。

★ 会員番号 (半角英数字)	<input type="text"/> 非会員の場合は000000を記入
★ 発表者名	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)
発表者名(英名)	Family & Middle Name <input type="text"/> First Name <input type="text"/>
★ 所属機関 (大学 / 勤務先)	<input type="text"/>
★ 所属機関 (学部 / 部署)	<input type="text"/>
発表者住所	<input type="radio"/> 所属機関 (勤務先) <input type="radio"/> 自宅 <input type="text"/>
発表者郵便番号(半角数字)	<input type="text"/> 7桁でご記入下さい (例: 1234567)
★ 発表者電話番号(半角数字)	<input type="text"/> (例: 0112345678) 内線 <input type="text"/> スペースの入力はしないで下さい。
★ 発表者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。

ご連絡先担当者と発表者が同じ場合は**発表者をご連絡先担当者が同じです**。を選択してください。

発表者と連絡先は基本的に一緒にしてください。

ご連絡先担当者と発表者が異なる場合は**発表者をご連絡先担当者が異なります**。を選択のうえ、発表者をご入力ください。

カテゴリ

下記より選択してください。

第1希望： ▼

第2希望： ▼

投稿する演題のカテゴリを選択してください。
本学術大会の演題分類は次の通りです。

分類A	分類B	分類C
1. 一般演題	1. 介入研究 2. 観察研究 3. 基礎研究 (バイオメカニクス含む) 4. メタアナリシス・システマティックレビュー 5. その他	1. 上肢 2. 下肢 3. 脊柱 4. その他
2. 症例研究	1. 評価、治療の工夫・創意 2. 特殊な症例 3. 重複障害を持つ症例	

著者の所属機関

所属機関名は最大5施設としてください（所属施設は複数選択可）。

著者の所属機関の総数

1

▼ 件

日本語演題を登録される方は、所属機関（英）の欄には入力しないでください。

英語演題を登録される方は、所属機関（英）を必ず入力してください。

所属機関（英）の単語の頭文字は大文字で統一して下さい。学部 / 部署までの記載をお願いします。

（例：Graduate School of Pharmaceutical Sciences, xxx University）

所属 番号	所属機関（正式名）		所属機関（英）半角英数字のみ	
	★大学 / 勤務先	★学部 / 部署	University/Company	Department
1	<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。

演者所属機関の各項目をご入力ください。
所属機関名は最大5施設としてください。
所属機関は、日本語で発表する場合は日本語名のみご入力ください。
英語で発表する場合は所属機関（和）および所属機関（英）の両方に英語名をご入力ください。

筆頭演者・共同演者

演者数は筆頭・共同演者を合わせて最大15名としてください。

筆頭演者・共同演者の総数

1

人

日本語演題を登録される方は、演者名(英)の欄には入力しないでください。

英語演題を登録される方は、演者名(英)を必ず入力してください。

演者の方はチェックボタンにチェックして下さい。

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。

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)

*発表者 チェック	演者名(和)		演者名(英) 頭文字のみ大文字記入		*所属番号 (1,2,3...)
	*姓 (名古屋)	*名 (太郎)	Family Name (Nagoya)	First & Middle Name (Taro)	
1	<input type="checkbox"/>	<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。

共同演者情報

下記の入力形式に倣い、共同演者の情報をご入力ください。

1. 会員または会員手続き中の場合：8桁の会員番号_姓_名
2. 非会員(他職種)で登録の場合：000000_01_姓_名
3. 非会員(PT)で登録の場合：000000_02_姓_名
4. 非会員(学生*)の場合：000000_03_姓_名
5. 休会会員で復会手続き中の場合：000000_04_会員番号_姓_名

*理学療法士免許を有する大学院生は除く

会員番号_共同演者

記入例 会員：10011223_理学_太郎 非会員(PT)：000000_02_理学_花子

筆頭演者・共同演者の各項目をご入力ください。
筆頭演者・共同演者は15名まで。この基準を超えた場合、自動的に削除されますのでご注意ください。

筆頭演者・共同演者は、日本語で発表する場合は日本語名のみご入力ください。

英語で発表する場合は演者名(和)および演者名(英)の両方に英語名をご入力ください。

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。

共同演者の日本理学療法士協会会員番号も必要となります。8桁の正確な協会会員番号をあらかじめ確認してください。

演題名・抄録本文

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
上付き文字	¹³C NMR	¹³ C NMR
下付き文字	H₂O	H ₂ O
ベータ	β	β
登録商標記号	®	®

文字修飾	入力方法	表示
イタリック体	<i>Bacillus</i>	<i>Bacillus</i>
太文字	accent	accent
下線	<u>directly</u>	<u>directly</u>
改行	改行位置に を挿入	

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"/>
演題名 (英) (半角英数字)	<input type="text"/>

※日本語で発表する場合は演題名(英)、抄録本文(英)には何も入力しないでください。

※英語で発表する場合は演題名および抄録本文の(和)、(英)の両方に同じ英文演題名、英文抄録をそれぞれ入力してください。

✳ 抄録本文 (和)	<input type="text" value="【はじめに、目的】"/> <input type="text" value="【方法】"/> <input type="text" value="【結果】"/>
抄録本文 (英)	<input type="text" value="【Background/Purpose】"/> <input type="text" value="【Methods or Cases】"/> <input type="text" value="【Results】"/>

下書き保存 [PDFプレビュー](#) 項目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。

日本語で発表する場合は演題名(和)に日本語のみご入力ください。演題名(英)には何も入力しないでください

英語で発表する場合は演題名(和)および演題名(英)の両方に英語をご入力ください。

日本語で発表する場合は抄録本文(和)に日本語のみご入力ください。演題名(英)には何も入力しないでください

英語で発表する場合は抄録本文(和)および抄録本文(英)の両方に英語をご入力ください。

文字数制限は日本語演題は全角1,200文字以内、英語演題の抄録単語数は400 wordsまたは半角英数字2,400 characters以内となります。

PDFプレビューからご入力した演題のPDFを確認できます。必ず確認してください。

倫理項目

- ・本学術大会では【倫理的配慮、説明と同意】の項目を独立した抄録入力枠として配置します。
- ・倫理的配慮、説明と同意の本文は、全角90字以内で作成してください。英語演題の場合は、30 wordsまたは180 characters以内で作成してください。
- ・本項目は演題審査の資料になるとともに、抄録集に掲載されます。
- ・項目中には研究対象にとって不利益となるような属性を記載しない等、プライバシーポリシーに十分配慮してください。
- ・演者の所属する機関の倫理委員会等で承認された研究である場合には、その旨同項目に記載してください。ただしブラインド化のため施設名は記載しないでください。なお、所属施設名を記載しないことで問題がある場合は、演題登録係までお問い合わせください。

倫理的配慮、説明と同意

項目の入力後下書き保存をしてください。

倫理的配慮、説明と同意の本文は、90字以内で作成してください。
演者の所属する機関の倫理委員会等で承認された研究である場合には、その旨同項目に記載してください。ただしブラインド化のため施設名は記載しないでください。

キーワード

*

*

*

項目の入力後下書き保存をしてください。

キーワードは単語3つとします。それぞれ標準的な単語一語で入力してください。

編集用パスワード (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。

項目の入力後下書き保存をしてください。

パスワードは4-12文字の半角英数字で入力してください。

備考

備考

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

何か連絡事項があればご使用ください。

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、C O I画面へ移動してください。

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

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。

申告日と筆頭著者氏名をご記入ください。
発表者情報と同じなら、紫枠のボタンをクリッ
クしてください

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。

申告日:	<input type="text" value="例 YYYY/MM/DD"/>
筆頭著者氏名:	<input type="text"/>

発表者情報からコピーする

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。

戻る

次へ

クリア

中止



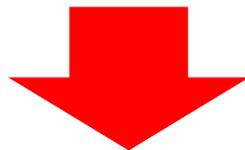
下記のフォームにご記入の上、このページの下の"次へ"ボタンを最後にクリックして下さい。

*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。)

ご連絡先情報

* 会員番号 (半角英数字)	■■■■
* ご連絡先担当者名	■■■■■■■■
* フリガナ	■■■■■■■■
ご連絡担当者名(英名)	■■■■■■■■
* 所属機関 (大学 / 勤務先)	■■■■
* 所属機関 (学部 / 部署)	■■■■



申告日:	2021/04/16
筆頭発表者氏名:	■■■■■■■■

入力された各項目をご確認ください。

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。

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送信してください。

戻る **登録する** クリア 中止

