

発表申込フォーム



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

★は入力必須項目です。

E-mailアドレスは、正確に入力してください。(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)
★ 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 checked="" type="radio"/> 所属機関 (勤務先) <input type="radio"/> 自宅		
★ ご連絡先郵便番号(半角数字)	<input type="text"/> 7桁でご記入ください (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ください。	
★ 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"/> <input type="button" value="▼"/>		

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)	非会員の場合は000000を記入		
発表者名	姓	名	
フリガナ	セイ	メイ	(全角カタカナ)
所属機関 (大学 / 勤務先)			
所属機関 (学部 / 部署)			
発表者住所	<input checked="" type="radio"/> 所属機関 (勤務先) <input type="radio"/> 自宅		
発表者郵便番号 (半角数字)	7桁でご記入ください (例: 1234567)		
発表者電話番号 (半角数字)	(例: 0112345678)		
	内線	スペースの入力はしないでください。	
発表者E-mail (半角英数字)			
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。		

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

発表者をご連絡先担当者が同じ場合は、**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。

* データが反映しない場合は、一度、発表者をご連絡先担当者が異なります。を選択してから、発表者をご連絡先担当者が同じです。を選択すると、データが反映します。

発表者をご連絡先担当者が異なる場合は、**発表者をご連絡先担当者が異なります。**を選択してください。

発表形式

★ 下記の口述、ポスターのどちらかのボタンにチェックして下さい。

(口述演題の中から表彰対象演題へ推薦することがあります。対象演題の筆頭者には準備委員会より連絡いたします)

口述

ポスター

カテゴリ

発表希望のカテゴリを選択してください。

第1希望：★ 

第2希望：★ 

発表形式およびカテゴリを選択してください。
カテゴリの種類は学術大会によって異なりますので、ご注意ください。

「Best Rookie Award表彰」の対象

★2024年4月1日時点で、筆頭者が理学療法士として経験年数が10年未満の場合、対象候補となります。下記より選択してください。

経験年数が10年未満(対象) 経験年数が10年以上(対象外)

経験年数に応じて、チェックをいれてください。

著者の所属機関

著者の所属機関の総数

 件

※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				

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10個まで選択できます。

筆頭演者・共同演者

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。

筆頭演者・共同演者の総数

1

人

※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)

*発表者 チェック	演者名 (和)		演者名フリガナ 全角カタカナ		演者名 (英) 頭文字のみ大文字記入		*所属 番号 (1,2,3...)
	*姓 (広島)	*名 (太郎)	*セイ (ヒロシマ)	*メイ (タロウ)	Family Name (Hiroshima)	First & Middle Name (Taro)	
1	<input type="checkbox"/>						

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

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10個
まで選択できます。

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入力く
ださい。

複数の場合は、数字の間に「,」を
ご入力ください。

共同演者 会員番号

共同演者氏名 (会員番号) の形式でご記入ください。非会員の方は00000000と記入してください。

*氏名 (会員番号)

例：理学 太郎 (12345678)、理学 次郎 (98765432)、理学 花子 (00000000)

演題名・抄録本文

文字修飾について

下記のHTMLタグを入力してください。

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	H₂</sub>O	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>

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)

※題名：100字 抄録本文：1000字以内で入力してください。

抄録本文 (和)

【はじめに、目的】

【方法】

【結果】

改行は、登録本文内で行ってください。なお改行が多い場合は抄録集の体裁上、改行いたしませんのでご了承ください。

抄録本文のみ登録してください（タイトルや演者名などは不可）。

抄録本文は下記の小見出しにて作成してください（小見出しも文字数に含まれます）。

主題及び一般演題の場合：【はじめに、目的】、【方法】、【結果】、【考察】、【結論】。

症例研究の場合：【症例紹介】、【評価結果と問題点】、【介入内容と結果】、【結論】、なお【結論】には考察も含まれます。

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。

第10回日本糖尿病理学療法学会学術大会は日本語のみの発表となります。
画面上での文字数制限はございませんが、題名100字、本文1000字以内で
ご登録ください（詳細は演題募集要項をご確認ください）。

PDFプレビューからご入力した演題のPDFを確認できます。
必ずご確認ください。

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ので、この項目にのみ必要最小限の施設名を入力しても結構です（例：理学療法士大学倫理委員会の承認を得た（承認番号：〇〇〇〇番）、など）。

その他の項目中には研究対象にとって不利益となるような属性（人名、施設名等）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。

なお、【倫理的配慮、説明と同意】項目の扱いは、演題審査の資料になるとともに、抄録集に掲載され、抄録文字数にも換算されます。

*倫理的配慮、説明と同意

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

倫理審査承認番号やインフォームド
コンセントなど、倫理に関することをご入力ください。

キーワード

*
*
*

下書き保存 項目の入力後下書き保存をしてください。

キーワードを3つご入力ください。

編集用パスワード (データ修正時に必要です)

*パスワード 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) 確認のため再度入力をお願いします。

下書き保存 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
ご入力ください。

発表申込フォーム



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

★は入力必須項目です。

E-mailアドレスは、正確に入力してください。(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

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:	例 YYYY/MM/DD
★筆頭演者 氏名:	<input type="text"/>
	発表者情報からコピーする

申告日と筆頭演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。

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うえ送信してください。

戻る

次へ

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

発表申込フォーム



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

*は入力必須項目です。

E-mailアドレスは、正確に入力してください。(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	
* 所属機関 (大学 / 勤務先)	
* 所属機関 (学部 / 部署)	
* ご連絡先住所	
* ご連絡先郵便番号(半角数字)	
* ご連絡先電話番号(半角数字)	
* ご連絡先E-mail(半角英数字)	
* E-mail確認用 (半角英数字)	

入力された各項目をご確認ください。

申告日:	
筆頭発表者氏名:	

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」の内容をお確かめうえ送信してください。

戻る

登録する

クリア

中止

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。