**第７回日本臨床薬理学会　北海道・東北地方会**

**【抄録フォーマット】**

1. **演題名**

|  |
| --- |
| **演題名（必須）**全角50文字以内　フォントは,MS明朝を使用. |
|  |

1. **発表者・共同演者　氏名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **発表者に****○** | **和文　氏名（必須）**フォントは,MS明朝を使用. | **よみがな　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** | **姓** | **名** | **姓（よみ）** | **名（よみ）** | 1,2,3 |
| **岩手** | **太郎** | いわて | たろう |
| **○** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※記載欄が不足した場合は,適宜「行」を追加してください.

1. **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. | **和文　所属機関（必須）**フォントは,MS明朝を使用. |
| **入力例** | ○○大学○○学部　/　○○病院○○科　など |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

※記載欄が不足した場合は,適宜「行」を追加してください.

1. **抄録本文**

|  |
| --- |
| **和文　抄録本文（必須）**全角600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. |
|  |

1. **発表者の連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| **（必須）** |  |
| **御所属（必須）** |  |
| **御住所（必須）** | 〒 |
| **連絡用****E-mailアドレス****（必須）** |  |
| **発表当日連絡可能な携帯番号****（必須）** |  |