

第50回日本口腔外科学会中部支部学術大会参加者への ご案内とお願い

I. 参加登録

1) 学会の参加登録について

本大会ホームページから、オンラインでご登録いただきます。

※学会場での参加登録・参加費支払いは原則できません。学会参加費の前納(事前参加登録)にご協力ください。

事前参加登録期間

2025年4月15日（月）～6月1日（月）

（銀行振込：2025年6月1日（月）まで）

2) 学会参加費について

資格区分	参加費
医師・歯科医師	5,000円
コメディカル・口腔外科関連医療従事者	2,000円
学生・留学生	無料
リフレッシュセミナー	3,000円

3) 事前参加登録された方へ

参加申し込みフォームに登録頂いたメールアドレスに参加登録証を送付致しますので必ず持参してください。

II. 会場 名古屋コンベンションホール

〒453-6190 愛知県名古屋市中村区平池町4丁目60-12 グローバルゲート3F TEL:052-433-1488

III. 発表される方へ

患者個人情報に抵触する可能性のある内容は、個人が特定されないように十分留意してください。

1. 公募演題の発表・質疑応答時間について

発表形式	発表（分）	質疑応答（分）
一般口演	6	2

2. 口演発表される方へ

- 1) 発表用のPowerPointファイルを5月31日までに【第50回日本口腔外科学会中部支部学術集会運営事務局】まで電子メールにてお送りください。
- 3) 発表15分前に各会場の次演者席にお越しください。
※発表のために預かりしたデータは、学会終了後に運営事務局が責任をもって消去いたします。
- 4) 口演発表はPowerPointを用いた発表に限り、映写は一面映写とします。
- 5) ファイル名は「演題番号_筆頭発表者名_演題名.pptx」としてください。ファイルサイズ上限は50MBです。

6) 発表スライドの形式

- スライドは、16：9で作成してください。
- 発表用PCのOSはWindows 11です。
- アプリケーションソフトはMicrosoft PowerPoint(365)をご利用ください。
- スライド内の動画埋め込み等制限はありませんが、音声出力等の動作保証出来ないことをご了承ください。
- フォントはMicrosoft社の標準フォントをご使用ください。

日本語：MSゴシック, MSPゴシック, MS明朝, MSP明朝

英語：Arial, Arial Black, Century

7) 演台上にモニター、キーボード、マウスを用意いたします。

3. ポスター（示説）発表される方へ

1) ポスター発表と質疑応答はポスター会場(302会議室)にて行います。

下記の貼付・撤去時間を厳守してください。

貼付時間	08:50-10:00
討論時間	15:10-15:40
撤去時間	15:40-16:00

2) ポスター貼付のため、縦210cm、横90cmのパネルボード

を用意してあります。

※ 演題番号が予め貼付しております。

※ 発表者の顔写真を上部左の位置（縦20cm×横20cm）に

貼付し、その横のスペース（縦20cm×横70cm）にタイトル
氏名、所属を入れ、その下のスペース（縦160cm
×横90cm）に本文を提示してください。（右図参照）

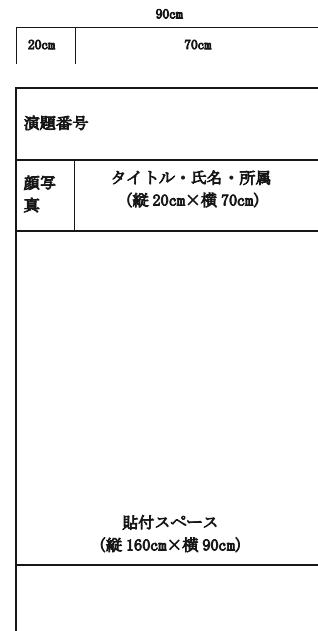
※ 所定の発表時間帯に、各自ポスターの前に待機してください。

※ 貼付に必要な画鋲は、各ポスターパネルの前に予め用意

してあります。

(注1) ポスター発表される方は、配布資料(A4に縮小したポスター
一又は発表内容をまとめたもの)30部をご用意ください。

(注2) 所定の撤去時間を過ぎても撤去されていないポスターは、
事務局で撤去処分いたします。



4. 利益相反(COI)開示について

発表時には、COI状態の有無にかかわらず、スライドもしくはポスターでCOI状態を開示いただきます。すべての口演演者は、2枚目のスライドにおいて利益相反開示報告をしてください。すべてのポスター演者は、ポスターパネル右下に利益相反開示報告をしてください。

IV. 口演発表の座長の先生方へ

- 各セッションの進行は座長にお任せいたします。発表時間6分、質疑応答2分となっておりますので、時間厳守でお願いいたします。
- 座長受付はありません。座長の先生は、セッション開始予定時間の15分前までに会場内右手前方の「次座長席」にご着席ください。

VI. 企業等の展示会

企業展示：3F フォワイエ

VII. 会員懇親会

会員懇親会を下記の通り開催いたしますので、奮ってご参加ください。

日 時：6月7日（土）PM6:00～

会 場：名古屋コンベンションホール

参加費：5,000円

VIII. お問い合わせ先

第50回日本口腔外科学会中部支部学術集会

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

〒453-5111 愛知県名古屋市中村区道下町3丁目35番地

TEL: 052-481-5111(代表) E-mail: joms.chubu50@gmail.com