

NPO 法人日本歯科放射線学会 第 239 回関東地方会

【開催概要】

日 時：2025 年 2 月 8 日(土) 13:30～16:30 (予定)

形 式：Web 開催

学会参加費：地方会参加費 6,000 円 (専門医共通研修会参加費 3,000 円込み)

※参加登録システムの都合上、専門医共通研修会のみ参加は不可とさせていただきます。
上記の地方会及び研修会参加費を合わせてお振込みください。

世話人会：12:30～13:15 (予定)

【地方会予定】

13:30～14:20 一般口演 ①

14:30～15:20 一般口演 ②

15:30～16:30 (一社)専門医主催共通研修会 ④院内感染対策 1 単位

東京大学大学院医学系研究科 感覚・運動機能医学講座 口腔顎顔面外科学分野 教授
星和人 先生

【演題募集要綱】

募集期間：2024 年 10 月 1 日(火)から 2024 年 11 月 30 日(土)

* 演題申し込み及び参加申し込みはメールでのみ受付いたします。

宛 先：kantouchihoukai239@gmail.com

メール件名：239 演題申込 発表者の氏名

①演題名

②発表者氏名

③所属機関名

④連絡先 (E-mail、日中連絡可能な電話番号)

上記を本文に記載してください。

* 抄録は Word 形式にて「演題名、発表者氏名、所属機関名」を含め 400～600 字程度で作成し、2024 年 11 月 30 日(土)までにメール件名『抄録 239 申込者の氏名』でご送付ください。尚、演題申込と同時に抄録を添付頂いてもかまいません。発表者は演題申込をもって参加登録といたします。【参加登録方法】要綱に従い参加費をお振込みください。

* 本地方会は Web 開催となり、当日現地での発表はございません。現時点では発表録画データを事前に事務局にご提出頂き、当日は質疑応答のみしていただく予定となっております。詳細は発表者の先生へ個別にご連絡させていただきます。

【参加登録方法】

参加登録期間：2024年10月1日(火)から2025年1月31日(金)

宛先：kantouchihoukai239@gmail.com

メール件名：239 参加登録 登録者の氏名

本文に下記内容を記載してください。

- ①所属
- ②住所
- ③氏名
- ④連絡先(E-mail、日中連絡可能な電話番号)

*参加費は個人ごとに2025年1月31日(金)までに下記振込口座へお振込をお願いします。必ず、演者及び参加者と振込人を同一名にしてください。参加証明書と領収証は後日PDFにて送付させていただきます。振込が確認できない場合は参加証明書および領収書のお渡しはできません。

《振込先》

銀行名：千葉銀行

支店名：南流山支店

店番号：108

口座番号：3679367

口座名義：第239回NPO法人日本歯科放射線学会関東地方会

※振込手数料は申込者負担とさせていただきます。

担当世話人：金田 隆

実行委員長：伊東 浩太郎

準備委員長：村岡 宏隆