

非特定営利活動法人 日本歯科放射線学会

第 240 回関東地方会 第 44 回北日本地方会 第 32 回合同地方会

【開催概要】

日 時:2025年8月30日(土)13:50～17:00(予定)

会 場:オンライン(変更になりました)

学会参加費: 地方会参加費:4,000 円
専門医共通研修会参加費 3,000 円

世話人会:12:30-13:30(予定)

【地方会予定】

13:40-14:50 一般講演1

15:00-15:50 一般講演2

16:00-17:00 (一社)専門医機構主催共通研修会 1 単位 ①医療倫理 研究倫理
神奈川歯科大学 特任教授 栗原千絵子先生

【演題募集要項】

募集期間: 2025年4月14日(月)から2025年6月30日(月)

*演題申し込みおよび参加申し込みはメールでのみ受付いたします。

宛先: 240kaikanto@gmail.com

メール件名:240 演題申し込み 発表者の氏名

- ① 演題名
- ② 発表者氏名(ふりがなをつけてください)
- ③ 所属機関名
- ④ 連絡先 (E-mail、日中連絡可能な電話番号)
- ⑤ 参加形態:1)学会、2)学会と共通研修

の2つからお選びください

上記を本文に記載してください。

*抄録は添付の Word 形式にて「演題名、発表者氏名、所属機関」を含め 400～600 字程度で作成し、2025 年 6 月 31 日までにメール件名『抄録 240 申込者の氏名・大学名』でご送付ください。
なお、演題申し込みと同時に抄録を添付いただいてもかまいません。発表者は演題申し込みをもって参加登録といたします。【事前参加登録方法】要綱に従い参加費をお振込みください。

【事前参加登録方法】

参加登録期間:2025 年 4 月 14 日(月)から 2025 年8月6日(水)

宛先: 240kaikanto@gmail.com

メール件名:240 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 氏名
- ② 所属
- ③ 住所
- ④ 参加形態:1)学会、2)学会と共通研修
の2つからお選びください
- ⑤ 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8月6日(水)**までに下記振込口座へお振込みをお願いいたします。
必ず、演者および参加者と振り込み人を同一名にしてください。

参加形態に準じた振込をお願いいたします

1)学会:4,000 円

2)学会と共通研修:7,000 円 (4,000 円+3,000 円)

《振込先》

銀行名:みずほ銀行

支店名:自由が丘支店

店番号:533

口座番号:3117055

口座名義:第 240 回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:松田幸子

実行委員長:黒田沙

参加証明書と各領収書は後日 PDF にて送付させていただく予定です。期日までに振り込み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。