**第24回日本睡眠歯科学会定期学術集会演題登録チェックリスト**

**演題名：**

**筆頭演者または発表者名：**

**会員番号：**　□（　　　　　）　　□　入会予定（締切2025年5月23日）

**生年月日**（西暦）**：** 　　　年 　 月 　 日

**所属先 ：**

**連絡先：**

**Email：**

**電話番号：**

1. 筆頭演者または発表者は会員である　□　（　　　　　）　□　入会予定
2. 学術大会賞に応募：　　□　する　　□　しない

　　　　　　　　　　　　※認定医取得を目的とした報告発表では応募できません。

1. 過去に類似する発表により、本演題の発表者または共著者が他学会等で受賞を受けたことが　　　　　□　ある　　□　ない
2. 利益相反：　　□　あり　□　なし
3. 発表内容：　　□　原著研究・調査報告

□　症例報告

□　報告発表（認定医取得を目的としたもの）

以上を不正なく記載し、チェックリストと抄録の提出をもって演題登録を行います。

　年　　月　　日

**発表者名（自署）：**

上記、署名は確かに自署であることを申告します　□

（ご署名の上、チェックボックスにレ点を入れてください）

**サンプル**

**第24回日本睡眠歯科学会定期学術集会演題登録チェックリスト**

**演題名：**閉塞性睡眠時無呼吸患者に対する口腔内装置のコンプライアンス向上の工夫

**筆頭演者または発表者名：** 睡眠　歯科子

**会員番号：**　☑（　0345　）　　□　入会予定（締切2024年5月30日）

**生年月日：**19XX年 12月 XX日

**所属先 ：**　△△大学病院　睡眠歯科

**連絡先：**　〒1XX-00XX東京都渋谷区代々木X-XX-XX

**Email：**　○○○＠○○.com

**電話番号：**　03-○○○○-○○○○

1. 筆頭演者または発表者は会員である　☑（　0345　）　□　入会予定
2. 学術大会賞に応募：　　☑　する　　□　しない
3. 過去に類似する発表により、本演題の発表者または共著者が他学会等で受賞を受けたことが　　　　　□　ある　　☑　ない
4. 利益相反：　　□　あり　　☑　なし

特定の企業との金銭の授受等はない。本研究は◇◇大学同窓会共同研究事業「閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対するコンプライアンスの高い口腔内装置の改良」の助成により行われた。

1. 発表内容：　　☑　原著研究・調査報告

□　症例報告

□　報告発表（認定医取得を目的としたもの）

以上を不正なく記載し、チェックリストと抄録の提出をもって演題登録を行います。

2025年　〇月　△日

**発表者名（自署）：**　睡眠　歯科子

上記、署名は確かに自署であることを申告します　☑

（ご署名の上、チェックボックスにレ点を入れてください）

**第24回日本睡眠歯科学会定期学術集会　演題抄録**

発表者の氏名の前に〇を付記してください。　　　　　　　　　※図表の使用はできません

発表内容：　□ 原著研究・調査報告　□ 症例　□ 報告発表

学術大会賞に応募：　□ する　□しない　（報告発表の方は応募出来ません）

希望発表形式：　□ 口頭発表希望　□ ポスター発表希望

＊ポスター発表者は学術大会賞に申込できません。

＊大会プログラム編成において、発表形式の変更をお願いすることがあります。

**演題名**

発表者

所　属

**【目　的】**

**【方　法】**

**【結　果】**

**【考　察】**