



第3回日本地域医療学会 学術集会 「一般演題（口演発表、ポスター発表） 募集要領」

本学会の一般演題では、口演発表、ポスター発表について募集いたしますので、この要領に基づき、申込期限厳守のうえ、お申し込みください。

1 募集内容

(1) 発表形式

- ① **口演発表** （発表時間 8 分、質疑等 2 分）
- ② **ポスター発表** （発表時間 8 分、質疑等 2 分）※デジタルポスターではありません。

口演発表、ポスター発表のご希望をお選びください。

なお、ご希望を優先いたしますが、発表形式はそれぞれの演題数の調整の中で、最終的には学会が決定させていただきますので、あらかじめご了承ください。

(2) 演題分類（次の中から 1 つを選択してください）

- ① 保健・介護・福祉
- ② 医療・介護の多職種連携
- ③ 教育・研究
- ④ 公衆衛生
- ⑤ 地域住民の健康
- ⑥ その他（学会の趣旨に沿った内容）

2 申込方法

インターネットによるオンライン申込みとします。

本要領をご確認のうえ、下記の URL 又は QR コードより申込みをお願いいたします。

<https://forms.gle/jLpykV29FxbkvF1w8>



注意事項

① 推奨環境について（推奨ブラウザ）

【PC 版】

Windows をお使いの場合

Microsoft Edge （122）

Mozilla Firefox （123）

Google Chrome （122）

Internet Explore （11.789.19041.0）

Macintosh をお使いの場合

Safari （17.3）

② 早めの申込みについて

締切間際はアクセスが集中し、登録に支障をきたすことが考えられますので、余裕を持ってご登録ください。

③ 内容の確認について

「登録」ボタンを押す前に、内容に間違いがないかを必ずご確認ください。
特に、E-mail アドレスの誤入力やパスワードの設定間違いにはご注意ください。

◆ **一般演題を登録される方は、「学会参加登録」もあわせて行う必要があります。**

3 一般演題申込期間

9月30日(月)まで → **10月15日(火)までに変更**

4 抄録データ作成について

(1) 抄録データ作成について

抄録データは、次の①～⑦が必要になります。

①. 「発表形式」

②. 「演題分類」

③. 「演題発表者情報」

(氏名、ふりがな、所属機関、役職、職種、都道府県、住所、TEL、FAX、E-mail)

④. 「共同提案者情報」(共同提案者がいる場合のみ)

最大 10 名(発表者を含む)とします。

⑤. 「演題名」(60 文字以内)

⑥. 「抄録本文」

800 文字以内とし、内容は【目的】【方法】【結果】【結論】の順に必ず項目を立てて記述してください。

⑦. 当日の発表の際に、利益相反(COI)状態の有無を開示してください。

<注意事項>

※半角文字は 1/2 文字とします。アルファベット及び数字の直接入力は半角英数字ですので、1/2 文字となります。

※半角カタカナ、丸数字、ローマ数字、特殊文字等の機種依存文字は使用できません。

※画像及び写真の添付はできませんので、予めご了承ください。

(2) 提出方法

Windows 版 Word もしくはテキスト形式で作成したものを、一般演題申込みの際にご提出ください。

5 演題の修正等

ご変更がある場合には事務局にご相談ください。

6 登録確認通知

参加及び演題登録時に入力された E-mail アドレスに登録確認メールを送信しますので、ご確認ください。なお、文書による通知は行いませんので、予めご了承ください。

登録確認メールが届かない場合

登録完了から1日経過しても登録確認メールが届かない場合は、登録が完了していない可能性がありますので、E-mailにてお問い合わせください。

7 発表日時等決定通知

演題の発表日時等の通知は、令和6年10月末までにE-mailにて通知いたします。
また、ホームページ上でもご案内いたします。
なお、発表日時等の決定は、学会長にご一任願います。
※抄録集掲載後の研究発表の取り消しはできません。

8 個人情報保護について

- (1) 本学会の演題登録の際にお預かりした個人情報は、事務局からの問合せや発表通知のほか、抄録集、本学会ホームページに掲載することを目的として利用いたします。他の目的には利用いたしません。
- (2) 個人情報の漏えい、滅失及び毀損の防止に努めます。

9 演題数について

申し込み多数の場合は、誌上発表にさせていただくこともございますので、予めご了承ください。

10 一般演題に関する問合せ先

一般演題の申込みに関する事項については、下記の連絡先にお問い合わせください。

.....
一般社団法人 日本地域医療学会（JACH）事務局
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F
TEL：03-6402-4010 FAX：03-6402-4011
E-mail：office@jach.or.jp
.....