|  |
| --- |
| **第54回日本神経放射線学会　抄録作成テンプレート** |
| [演題名] 日本語全角50文字以内　※演題名は日本語、英語ともに必須となります。 |
| [演題名] 英語半角20words以内　※演題名は日本語、英語ともに必須となります。 |
| [筆頭演者氏名]　記入例：　○鈴木 太郎  [筆頭演者所属機関名]　記入例：　○○病院 ●●科 |
| [共著者氏名]　 10人以内で記載ください。　筆頭演者と同じご所属の場合は氏名の後に１）とご記載ください。  記入例：　山田　次郎１）、鈴木　花子2）、田中良子3）  [共著者所属機関名]　 5施設以内で記載ください。  記入例：　2）□□大学 ■■部、3）△△病院　▲▲科 |
| ※**Neuroradiologyへの掲載をご希望の場合**は、英語名での筆頭演者および共著者の氏名および所属機関をご記載ください。  [筆頭演者氏名]　記入例：　○Taro Suzuki  [筆頭演者所属機関名]　記入例：　○○Department of ●●, ○○hospital  [共著者氏名]　 10人以内で記載ください。  記入例：　Jiro Yamada１）,　Hanako Suzuki２）, Yoshiko Tanaka3)  [共著者所属機関名]　 5施設以内で記載ください。  記入例：　2）Department of □□, ■■university, 3）Department of △△, ▲▲hospital |
| [抄録本文] MSP明朝、11ｐｔ  英語半角150words以内で登録してください。  「抄録作成にあたっては、本テンプレート（ひな型）を使用して、演題名、著者名（筆頭、共著者含む）、著者所属機関名（筆頭、共著者含む）および抄録本文を記載し、抄録を添付してください。DOC、DOCX形式のファイルのみ受け付けます。 受領通知は、投稿フォームに記載されたメールアドレス宛に自動送信いたします。メールが届かない場合または、抄録がうまく送信できない時は下記運営事務局までお問い合わせください。」  運営事務局：株式会社プロコムインターナショナル  連絡先：〒135-0063　東京都江東区有明三丁目6番地11　TFTビル東館9階  TEL：03-5520-8821　FAX：03-5520-8820  電子メール：jsnr2025@procom-i.jp |