**第77回高知県医師会医学会演題申込書**

※演題番号（　　　　　　　）

※受付番号（　　　　　　　）

※医師会記入欄

○下記にご記入のうえ、高知県医師会事務局へお送り下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 筆頭演者名 |  |
| 住所 | 〒 | ※抄録等関係書類をお送りする際に必要となりますので、お受け取り可能な住所をご記載ください。 |
|  |
| 医療機関名 |  |
| 診療科または職種 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 倫理審査 | 所属機関における倫理審査の審査状況について、右欄に数字をご記入下さい。なお、当会が規定する倫理審査が必要な研究等に該当する場合は、審査をお受けいただき、詳細が分かるもの（審査結果報告書等）を添付のうえ、お申し込みください。 |  |
| １．審査済み　　　２．未実施　　　３．非該当 |
| COI | 当会が規定するCOI開示基準に該当する開示すべきCOIの有無について、右欄に数字をご記入下さい。 |  |
| １．開示事項あり　　　　　　　　　２．開示事項なし |
| COI開示事項ありの場合は、裏面を参照のうえ、該当する番号を記載してください。 |  |
| 発表方法 | 発表方法をお選びいただき、右欄に数字をご記入下さい。 |  |
| １．パワーポイントによる講演　　　２．その他 |
| パワーポイントによる講演の方は右欄に数字をご記入下さい。 |  |
| １．自前のパソコンによる講演　　　２．データを持参する |
| 分類項目 | 該当する項目を、裏面からお選びいただき、数字をご記入下さい。 |  |

**裏面をご確認ください。**

**・倫理委員会の審査の要否について**

症例報告については、倫理審査委員会の審査は不要です。侵襲を伴う研究および介入研究の場合は、各施設の倫理委員会または学会の倫理委員会審査を受けてください。受けられない場合は、高知県医師会に申請してください。

**・開示すべきCOI各事項、基準について**

1. 筆頭演者、講演者は、自分が発表する内容に関する利益相反状態を、申込時及び口頭発表時のスライドで開示してください。
2. 開示すべき事項・基準は下記のとおりとしますが、基準に満たない事項の開示を妨げるものではありません。また、開示すべき利益相反状態がない場合は、その旨を開示してください。開示すべき基準のなかの合計額は、演題登録から過去3年以内に発表する内容に関して支払われた額の総額です。
3. 倫理審査の要否にかかわらず、すべての発表が対象となります。

◾️開示すべき基準

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 企業や営利を目的とした団体の役員、顧問職、寄付講座に所属するものについて、1つの企業または団体からの報酬額が年間100 万円を超えるもの。 |
| 2. | 研究に関連した企業の株式の保有については、1つの企業について1年間の株式による利益(配当、売却益の総和)が100万円、または当該企業の全株式の5%を超えるもの。 |
| 3. | 研究に関連した企業、団体からの特許権使用料については、1つの特許権使用料収入が年間100万円を超えるもの。 |
| 4. | 研究に関連した企業、団体から、会議の出席(発表)に対し、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当・講演料・座長料などやパンフレットなどの執筆に対して支払われた原稿料については、1つの企業または団体からの年間の日当及び原稿料が合計100万円を超えるもの。 |
| 5. | 研究に関連した企業、団体から提供された研究費については、1つの医学研究において支払われた総額が年間100万円を超えるもの。奨学寄付金(奨励寄付金)については1つの企業または団体から1名の研究代表者に支払われた総額が年間100万円を超えるもの。 |
| 6. | その他の報酬(研究とは直接無関係な旅行、贈答品など)については、1つの企業または団体から受けた報酬が年間5万円を超えるもの。 |
| 7. | 前各号に定める金額については交通費は除くものとする。 |

**・【分類項目】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①　内分泌・代謝 | ②　神経・筋・精神 | ③　血液 |
| ④　免疫・膠原病・感染症 | ⑤　放射線科 | ⑥　検診・検査 |
| ⑦　整形外科 | ⑧　産婦人科 | ⑨　脳外科 |
| ⑩　眼科 | ⑪　耳鼻科 | ⑫　皮膚科 |
| ⑬　形成外科 | ⑭　麻酔科 | ⑮　循環器 |
| ⑯　呼吸器 | ⑰　消化管 | ⑱　肝・胆・膵 |
| ⑲　小児科・小児外科 | ⑳　頚部疾患・乳腺 | ㉑　腎・泌尿器科 |
| ㉒　在宅医療 | ㉓　緩和ケア | ㉔　リハビリテーション |
| ㉕　救急・集中治療 | ㉖　多職種・地域連携 | ㉗　その他 |

抄録送付先：

gakujyutsu@kochi.med.or.jp

※別添「抄録記入例」をご参照のうえ、枠内にご記入願います。

（600字以内（20字×30行））

|  |
| --- |
|  |

**※申込者には必ずメールまたはＦＡＸにて「受け取り済み」の連絡をさせていただいておりますので、連絡のない場合はお手数でも、高知県医師会事務局業務課（088-824-8366）までご連絡くださいますようお願い申し上げます。**

**抄録記入例**

|  |  |
| --- | --- |
| １．演題名を記入してください。２．ご所属の医療機関名を記入して下さい。３．演者名を記入してください。当日発表される筆頭演者の先生は、ご氏名の前に○印をお付けください。また、ご所属の医療機関名、診療科がわかるよう、ご氏名の右上に数字とかっこをご記入ください。４．演題名と医療機関名の間、ご氏名と当日の抄録の間は、１行お開けください。５．フォントサイズは10ポイント、20字×30行として作成ください。 | 突発性形質細胞性リンパ節症（IPL）の２例１行開ける高知県医師会病院　内科１）　幡多医師会病院病理２）〇高知太郎１）、高知花子１）、幡多次郎２）１行開ける　突発性形質細胞性リンパ節症（IPL）の２例を経験した。【症例１】55才男性、〇月〇日当院を受診後・・・・・以上の症例につき、報告する。 |

※なお、メール送付の際は、ファイル名を「医療機関名‗ご氏名」（筆頭演者）としてください。