

第 43 回東海薬剤師学術大会 ポスターセッション募集要項

第 43 回東海薬剤師学術大会において薬剤師会・病院薬剤師会会員及び行政等関係者による研究を発表、議論する目的でポスターセッションを実施します。個人、団体、グループを問わず皆様の積極的な応募をお待ちしております。

1 発表日時・場所

【第 43 回東海薬剤師学術大会会場】

平成 22 年 11 月 23 日（火・祝日）午前 10 時から午後 5 時

静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」6 階 交流ホール

静岡県静岡市駿河区池田 79-4 電話 054-203-5710 <http://www.granship.or.jp>

2 日程

内 容	時 間	場 所
受 付	9 時 ～ 11 時	1 階 中ホール エントランス
設 営	9 時 ～ 11 時	6 階 交流ホール
掲 示・説 明	10 時 ～ 17 時	
撤 去	17 時 ～ 22 時	

3 応募資格

発表者は、三重県薬剤師会、愛知県薬剤師会、岐阜県薬剤師会及び静岡県薬剤師会の正会員の方に限ります。ただし、共同研究者はこの限りではありません。

4 申込方法

別紙「発表演題申込書」により、電子メール、郵送又はファクシミリにて所属（地元）の三重県・愛知県・岐阜県・静岡県薬剤師会事務局あてお申込みください。

採否の結果は大会事務局から申込者あて直接連絡します。

（三重県・愛知県・岐阜県薬剤師会は「発表演題申込書」を取り纏め、**平成 22 年 8 月 31 日（火）まで**に一括して静岡県薬剤師会事務局あて送付してください。静岡県内在住（又は勤務）の応募者は、平成 22 年 8 月 31 日までに静岡県薬剤師会事務局あて直接お申込みください。）

5 抄録原稿の提出

(1) 抄録原稿は、汎用データ形式（word 等の文書データ、或いは pdf 等の画像データ）にて、電子メール、又は電子媒体（CD-R 等）により、所属の三重県・愛知県・岐阜県・静岡県薬剤師会事務局あて送付してください。電子媒体が困難である場合は、紙媒体で送付してください。

（三重県・愛知県・岐阜県薬剤師会は抄録原稿を取り纏め、**平成 22 年 9 月 30 日（木）まで**に一括して静岡県薬剤師会事務局あて送付してください。静岡県内在住（又は勤務）の発表者は、平成 22 年 9 月 30 日までに静岡県薬剤師会事務局あて直接送付してください。）

(2) 書式は A 4 版縦型の用紙に左右及び上下余白を夫々 2 cm 以上取り、他は自由（字数、行数、ポイント数の指定はなし）とし、図表も含めて A 4 版縦型 2 枚以内とします。

(3) 「題名」、「所属・発表者（発表者名の頭に○印を付けること）・共同研究者名」、「要旨」、「目的」、「方法」、「結果」、「考察」等を、原則この順序で記載して下さい。（別紙「記載例」を参照）

(4) 抄録は写真製版で印刷します。校正はできませんので、誤字・脱字には十分注意していただき、また、切り貼り原稿は受け付けませんのでご注意ください。

6 ポスター発表区画

ポスター発表区画は、横 1 2 0 cm×縦 2 2 0 cm 以内とします。

足元は見え難いと思われるので、縦は 1 8 0 cm 以内を推奨します。

7 ポスターの掲示・撤去等

(1) 発表責任者は、ポスターセッションの受付所（1階中ホール エントランス）にて必要備品を受け取り、会場内の指定の場所でポスターを掲示してください。

(2) 発表時間内は、会場にて説明を行い、やむを得ず不在となる場合は不在時間を掲示してください。

(3) 発表時間終了後は速やかにポスターを撤去してください。撤去時間が過ぎても撤去されない場合は大会事務局にて廃棄します。

(4) やむを得ず発表時間内に退場される場合は、ポスターセッションの受付所にその旨を告げてください。

8 その他

(1) 発表者の旅費は各自で負担していただきます。

(2) 当日の昼食は、発表者 1 人に限り大会事務局にて用意いたします。

(3) ポスターは発表内容毎に分類します。分類番号は以下のとおりです。

1	副作用	13	健康食品・健康維持
2	相互作用	14	医薬品情報・IT
3	薬学教育・薬剤師教育	15	リスクマネジメント
4	専門薬剤師	16	医薬品適正使用
5	医療薬学	17	コミュニケーション・医療倫理
6	一般名処方・処方せん様式	18	漢方・薬局製剤
7	後発医薬品	19	服薬指導・薬歴管理・薬剤情報提供
8	薬品管理・使用状況調査(薬剤疫学も含む)	20	薬薬連携・医療連携
9	介護・在宅医療	21	薬局機能
10	薬物乱用	22	個人情報保護
11	公衆衛生・地域保健	23	アンチ・ドーピング
12	OTC・セルフメディケーション	24	その他

[申込書・抄録原稿提出先／大会事務局]

社団法人静岡県薬剤師会事務局

〒422-8063 静岡市駿河区馬淵二丁目 16 番 32 号 静岡県薬剤師会館内

電話 054-203-2023／F A X 054-203-2028／ E-mail : tokai@shizuyaku.or.jp

第 43 回東海薬剤師学術大会

ポスターセッション発表演題申込書

題 名			分類 番号	
発表者氏名 (申込者)				
発表者所属	所属団体 (○印でお示 してください)	1. 三重県薬剤師会	2. 岐阜県薬剤師会	
	勤務先名称	3. 愛知県薬剤師会	4. 静岡県薬剤師会	
発表要旨 (簡潔に)				
発表者連絡先	住 所	〒		
	電 話 番 号			
	F A X 番 号			
	E - m a i l			
特 記 事 項				

1. 共同研究者がいる場合は、「発表者氏名欄」に、発表者氏名と共同研究者氏名を記入し、発表者氏名の頭に○印を付けて下さい。
2. 平成 22 年 8 月 31 日 (火) までに郵送、ファクシミリまたは電子メールで静岡県薬剤師会事務局あてお申込み下さい。(期日厳守)

(題 名)

○静岡薬局 静岡 太郎
(共同研究者氏名も記載して下さい。)

(趣旨)

(目的)

2 cm 以上の余白

(方法)

(結果)

(考察)

2 cm 以上の
余白

2 cm 以上の余白