

第 78 回高知県医師会医学会 演題募集のお知らせ

本年度医学会演題を下記のとおり募集いたします。

記

- 開催期日 令和7年8月16日(土)午後1時30分(予定)
- 会場 総合あんしんセンター 3階 大会議室、中会議室
- 一般演題
 - 申込方法：**申込用紙は高知県医師会ホームページ「お知らせ」からダウンロード出来ます。**
演題抄録は、そのまま抄録冊子として印刷し、関係者に配布いたしますので、必ず所定の申込用紙にパソコンにて600字以内(20字×30行)横書きで記入し、メール(推奨)または郵送にて提出して下さい。
また、「高知県医師会医学会演題発表におけるCOI開示と倫理審査について」をご参照のうえ、COI開示、倫理審査の有無についてご確認ください。
なお、メール・郵送いずれの申し込みにつきましても、必ずメールまたはFAXにて「申込書受け取り済み」の連絡をいたします。申し込み後、3日以内に連絡のない場合は、お手数ではございますが、高知県医師会事務局までご連絡いただけますようよろしくお願い申し上げます。
※FAXによる申し込みは受け付けておりません。
 - 申込先：〒780-8514 高知市丸ノ内1丁目7番45号 総合あんしんセンター4階
高知県医師会 医学会係 担当：西森、駕谷、中澤
TEL：088-824-8366
メール：gakujiyutsu@kochi.med.or.jp
 - 申込締切：**令和7年5月16日(金) 必着**
 - 演題時間：1題5分
 - その他：①一般演題数について
150題までとし、各施設30題以内、各科3題以内とさせていただきます。
②講演方式について
パソコンを使用し、パワーポイントによる映写を予定しています。当日のセッティング等、詳細につきましては、8月上旬までに直接申込者宛に通知いたします。
③演者について
会員が共同演者であれば、医師以外の演者も申込可。

高知県医師会医学会 注意事項について

1. お申し込み時の注意事項について

- ・ 当会が規定する「高知県医師会医学会演題発表における COI 開示と倫理審査について」をご参照のうえ、倫理審査が必要な場合は所属機関等にて審査をお受けいただいたうえで演題をお申し込みください。その際は、審査をお受けいただいたことが分かるもの（審査結果報告書等）を併せてお申し込みください。

また、COI 開示基準に該当する場合はその事項について申告のうえ、発表スライドにて開示してください。開示すべき利益相反状態がない場合についても、その旨開示してください。なお、標記規定、スライド例については、高知県医師会ホームページにも掲載しています。

2. パワーポイントデータ作成時の注意事項について

- ・ スライドのサイズは、縦横比 4：3 に統一して作成してください。ワイド画面 16：9 の設定では、会場のスクリーンに画面の一部が表示されない場合があります。
- ・ フォントは、OS 標準のものをご使用ください。上記以外のフォントを使用した場合、文字・段落のずれ・文字化け・表示されない等の不具合が生じる可能性があります。
- ・ COI 開示について、発表スライドにて明示してください。

3. 発表時の注意事項について

データをお持ち込みいただく場合について

- ・ 発表者ツールは使用できませんので、予めご了承ください。また、ご発表時のスライドの操作は、ご自身で行っていただきますようお願いいたします。
- ・ 発表データを作成後、他のパソコンで正常に動作するか確認してください。
(動画や音声を含む場合、作成した PC 以外では正常に再生が出来ない等の不具合が散見されますので、なるべく PC 本体をご持参の上、ご自身の PC での発表をお願いいたします。)
- ・ 持ち込まれる記録媒体 (USB メモリ等) には、当日発表されるデータ以外は保存しないでください。
- ・ 記録媒体を介したウイルス感染が懸念されますので、最新のウイルス対策ソフトで感染がないことをご確認の上、ご持参ください。
- ・ Macintosh (Mac OS) で作成されたデータをお持ち込みいただく場合は、文字化け、画面のレイアウトが崩れるなどの不具合が生じる場合がありますので、予めご了承ください。

ご自身のパソコンを使用して発表される場合について

- ・ 接続可能な映像入力用の端子は、MiniD-sub15 ピンとなります。この形状に変換するコネクタを必要とする場合には、忘れずご持参ください。特に Macintosh の PC は、別途変換コネクタが必要な場合が多いのでご注意ください。
- ・ トラブルに備え、発表データを記録媒体に保存し、ご持参ください。
- ・ 発表中にスクリーンセーバー等が作動してしまうことがありますので、スクリーンセーバー、並びに省電力設定はあらかじめ解除しておいてください。また、電源アダプタは必ずご持参ください。
- ・ PC の機種や OS により映像出力設定の方法が異なる場合がありますので、事前にご確認ください。

4. その他

- ・ スライド（ポジフィルム）の取扱いはできません。
- ・ 発表時間は、発表時間 5 分、質疑応答 3 分の計 8 分間の予定です（時間厳守でお願いします）。
- ・ 医学会当日は、発表開始時刻の 30 分前までにご来場くださいますようお願いいたします。
- ・ 発表開始 10 分前までに、会場内の「次演者席」にご着席ください。

第 78 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		
T E L		
F A X		
倫 理 審 査	<p>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。</p> <p>1. 審査済み 2. 非該当</p>	
C O I	<p>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。</p> <p>1. 開示事項あり 2. 開示事項なし</p>	
	<p>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。</p>	
発 表 方 法	<p>発表方法をお選びいただき、右欄に数字をご記入下さい。</p> <p>1. パワーポイントによる講演 2. その他</p>	
	<p>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。</p> <p>1. 自前のパソコンによる講演 2. データを持参する</p>	
分 類 項 目	<p>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。</p>	

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 頸部疾患・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：gakujuutsu@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。 → 突発性形質細胞性リンパ節症（IPL）の2例

2. ご所属の医療機関名を記入して下さい。 → 高知県医師会病院 内科¹⁾ 幡多医師会病院
病理²⁾

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カッコを記入ください。 → ○高知太郎¹⁾、高知花子¹⁾、幡多次郎²⁾

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。

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、○月○日当院を受診後・・・・・・・・

1行開ける

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。