**서울특별시치과의사회 창립 제100주년 기념 2025년 국제종합학술대회**

**포스터 발표 신청서**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **발표자 성명** | **국문** |  | **영문** |  | **면허번호** |  |
| **발표자 소속** | **국문** |  |
| **영문** |  |
| **공저자 성명** | **국문** |  | **영문** |  |
| **공저자 소속** | **국문** |  |
| **영문** |  |
| **발표자 정보** | **근무처 주소** |
|  |
| **근무처 전화번호** | **휴대전화** | **e-mail** |
|  |  |  |
| **주민등록번호** | **은행 계좌번호** |
|  |  |
| **포스터 초록** | **국문과 영문 각각 A4 1매 이내로 파일(Hwp or Word)로 작성하여 신청서와 함께** **제출하여 주시기 바라며, 추후 홈페이지에 게재될 예정입니다.** |
| **기 타** | **1) 치의학에 관련된 모든 내용이며, 국내 기 발표된 포스터는 신청 불가합니다.****2) 포스터 경연대회(안)** **\* 일시 : 6월 1일(일) 13시 / \* 장소 : COEX 컨퍼런스룸 318호(3층)** **\* 내용 : 빔프로젝트를 이용한 프레젠테이션 형식으로 3분 발표, 1분 질의로 진행함.** **\* 포스터 경연대회 참가 : ( ) \*○× 표시바람** **\* 포스터 경연대회는 사전 심사 후 개별 통보 예정****3) 포스터 경연대회 참가 유무와 상관없이 포스터는 제출해주신 파일로 조직위원회에서 일괄제작하여 전시하며, 추후 자세한 포스터 파일 사항을 안내해 드립니다.** **(개별 제작 전시 불가)****4) 포스터 발표자는 추후 학술대회 등록을 하셔야 하며, 미가입 회원은 신청할 수 없습니다.****5) 서울시치과의사회에서 지급하는 소정의 포스터 연자비는 사업소득 원천징수 신고가**  **의무이며, 주민등록번호 등 기본 정보가 필요합니다.** **또한, 본 신고서는 상기 목적 이외에 다른 용도로 사용하지 않습니다.** |

 **\* 문의처 : 서울시치과의사회 송하연 사원 02-6956-7140**

 **\* 포스터 발표 신청서 및 포스터 초록 제출처 :** **hy@sda.or.kr**