

開催概要 参加者の方へ 心理検査講習会 会場案内 リンク

## 1ページ目で入力する内容

講演種別	通常の演題登録は「一般演題」を選択のまま次の項目の入力にお進みください。 <input type="text"/>
演題名 <b>必須</b> (全角100文字まで)	<input type="text"/>
英語演題名 <b>必須</b> (半角)	<input type="text"/>
抄録本文 <b>必須</b> (一般は全角400字まで)	<input type="text"/>
メールアドレス <b>必須</b> 再入力 <b>必須</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>

× リセット(入力の初期化)

次に進む →

## 2ページ目で入力する内容

筆頭著者 <b>必須</b> (姓名の間はスペースを入れてください)	<input type="text" value="例) 認知 太郎"/>
筆頭著者(ふりがな) <b>必須</b> (姓名の間はスペースを入れてください)	<input type="text" value="例) にんち たろう"/>
筆頭著者(英語表記) <b>必須</b> (名姓の順・名姓の間はスペースを入れてください)	<input type="text" value="例) Taro Ninchi"/>
生年月日	西暦 <input type="text" value="018"/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日
筆頭著者の所属機関名 <b>必須</b>	<input type="text"/>
筆頭著者の所属機関名、都市名および国名(英語表記) <b>必須</b>	<input type="text" value="例) 英語での機関名, City Name, Japan"/>
筆頭著者の所属機関郵便番号 <b>必須</b>	<input type="text"/> <input type="button" value="郵便番号検索"/>
筆頭著者の所属機関の都道府県 <b>必須</b>	<input type="text"/>
筆頭著者の所属機関の住所 <b>必須</b>	<input type="text"/>
筆頭著者の所属機関の電話番号と内線番号	電話番号 <input type="text"/> 内線 <input type="text"/>
筆頭著者の所属機関のFAX番号	<input type="text"/>

### 共著者を含むすべての所属機関

このページで先にすべての所属機関を入力した後、次のページで著者名を入力するようになっています。

No.	所属機関名	所属機関名、都市名および国名(英語表記)
2	<input type="text"/>	<input type="text" value="例) 英語での機関名, City Name, Japan"/>

No.	所属機関名	所属機関名、都市名および国名(英語表記)
3	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan
4	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan
5	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan
6	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan
7	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan
8	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan
9	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan
10	<input type="text"/>	例) 英語での機関名, City Name, Japan

← 前の項目(演題情報)へ

× リセット(入力の初期化)

次へ進む →

### 3ページ目で入力する内容

#### すべての著者と所属機関

このページですべての共著者を入力して、所属機関にチェックを入れてください。

No.	共著者名 (姓名の間にスペース)	共著者名(英語表記) 名姓の順・名姓の間はスペースを 入れてください	共著者の所属機関 (チェックを入れてください)
1			<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

← 前の項目(著者と所属)へ

× リセット(入力の初期化)

次へ進む(確認画面へ) →