

有病者歯科医療雑誌投稿票

↓ *記入不要

*新規受付番号：			
*受付日：	年	月	日
*査読結果：	掲載	内定	再審査
*掲載：	巻	号	*備考：

論文種別：原著・臨床報告・講演抄録・総説・会員書簡・その他（○をお付けください）

筆頭者氏名：

標 題：

略題（20字以内）：

原稿の構成

表 紙	枚
英文抄録	枚
和文抄録	枚
本 文	枚
引用文献	枚
図	枚
表	枚
写 真（白黒希望 枚 ・ カラー希望 枚）	合計 枚
別 刷	部
メディア（種類 ）	枚
そ の 他（ ）	枚

著者から編集査読委員会へコメント記入欄：

著者連絡先

住 所： 〒

所 属：

氏 名：

電 話：

F A X：

E-mail：

<p>編集連絡先 電 話：03-5924-1233 F A X：03-5924-4388 E-mail：gak-kond@zd5.so-net.ne.jp</p>	<p>原稿送付先 〒115-0055 東京都北区赤羽西 6-31-5 (株)学術社 内 日本有病者歯科医療学会編集係 行</p>
---	--