

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	* 再投稿受付日：	年 月 日
* 査 読 結 果：	掲 載 内 定	再 審 査 保 留	不 採 用 専 門
* 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：

編集連絡先

電 話： 0 3 - 5 9 2 4 - 1 2 3 3

F A X： 0 3 - 5 9 2 4 - 4 3 8 8

E-mail： gak-kond@zd5.so-net.ne.jp

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