**東京都歯科衛生士会　学術雑誌論文投稿票（第　　　巻　　第　　　号）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| **1．論文の分類：** | 原著　　　　総説　　　　　臨床（症例）報告　　　臨床ヒント  海外見聞　　　関連記事 | | | | | | | | |
| **2．表題：** |  | | | | | | | | |
| **3．著者名（全員）：** |  | | | | | | | | |
| **4．所属：** |  | | | | | | | | |
| **5．原稿の構成：** | 本文　　枚、 | | | 文献　　枚、 | | | 表　　枚、 | | 図　　枚、 |
| 写真　　枚、 | | | その他　　枚、 | | |  | |  |
| **6．CD-R、USBメモリー（有・無）：** | | | | | 使用OS（Windows・Macintosh) | | | | |
| **7．別刷希望部数：** | |  | 部 | | | | | | |
| **8．著者への連絡先：** | | （代表者名） | | |  | | | | |
| （住所・連絡先）〒 | | | | | | | |
| 電話　　　（　　　　） | | | | | | 内線（　　　　） | |
| FAX　　　（　　　　） | | | | | |  | |
| メールアドレス | | | |  | | | |
| **9．連絡事項：** | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号： |  | 受付日： |  | 受理日： |  |

※太枠の中だけ記入してください。