

投 稿 票

(日本口腔腫瘍学会誌 第 卷 号)

論文種別	<input type="checkbox"/> 総 説 <input type="checkbox"/> 原 著 <input type="checkbox"/> 臨床統計 <input type="checkbox"/> 症例報告		
投稿種別	<input type="checkbox"/> 初 稿 <input type="checkbox"/> 再 投 稿		
和文標題			
略 題 (20字以内)			
著者氏名 共著者を含め 全員ご記入下 さい。	(*)	(*)	(*)
	(*)	(*)	(*)
	(*)	(*)	(*)
所 属			
主任者署名 (自署)	印		
別刷・校正 送付先	氏名: _____		
	〒 _____ 住所: _____		
	電話: _____	メールアドレス: _____	
請求書 送付先 (上記送付先 と異なる場合 のみ記入のこ と)	氏名: _____		
	〒 _____ 住所: _____		
	電話: _____	メールアドレス: _____	
Requests for reprints to : _____			
(記載例は裏面参照のこと) _____			
原稿枚数(表紙、抄録を含む。原稿には通しの頁番号を記入のこと。) _____ 枚			
写真(モノクロ)	枚、	(カラー)	枚
表	枚	別刷部数(30部以上10部単位)	部
*受領日	年 月 日	*受理日	年 月 日

*欄は記入不要

<記載例>

Requests for reprints to: Dr. Shimizu M.,
Department of Oral and Maxillo-Facial Surgery,
Oita Medical University, Hasama-machi, Oita,
897-55 Japan