

公益社団法人 日本顎顔面インプラント学会雑誌投稿票

[本票は 2 部提出 コピー可]

掲載希望	第 卷	第 号	年 月 日 提出	
論文種類	<input type="checkbox"/> 総 説	<input type="checkbox"/> 原 著 論 文 <input type="checkbox"/> 臨 床 研 究	<input type="checkbox"/> 症 例 報 告 <input type="checkbox"/> 調 査 ・ 資 料	<input type="checkbox"/> 技 術 紹 介
投稿種類	<input type="checkbox"/> 新 規	<input type="checkbox"/> 再 投 稿	《初回投稿履歴：平成 年 月 日》	
和文標題				
英文標題				
著 者 名 (会員番号)	1 (会員番号)	2 (会員番号)	3 (会員番号)	4 (会員番号)
	5 (会員番号)	6 (会員番号)	7 (会員番号)	8 (会員番号)
	9 (会員番号)	10 (会員番号)		
共著者も含め 全員ご記入下 さい				
所 属 名			別刷代金請求先 (下記連絡先と異なる場合)	論文指導者署名 (印)
筆頭著者 氏 名			〒	所 属 名
生年月日	西暦	年 月 日		
連 絡 先 住 所	〒 -			
	TEL:	FAX:	E-mail:	
原稿内訳	表紙・抄録・本文・文献・図・表と説明文を含む		図(写真を含む)	表
	枚		モノクロ カラー	枚 枚
別刷希望部数 (50部単位)	部	希望事項		