老年歯科医学　投　稿　票

日本老年歯科医学会・編集委員会

和文	論文名： 著者名： 所属名：
欧文	論文名： 著者名： 所属名：
種類	a．原著論文　b．臨床報告　c．調査報告　d．活動報告　e．ケア・ノート　f．紹介
枚数	a．本文　　枚　b．図　　枚　c．表　　枚　d．写真　　枚
連絡先	〒　　； 住　　所； 代表者氏名；　　E-mail； 電　　話；　（　　）　　FAX；　（　　）

以下の欄には記入しないで下さい。

受付番号：	受付日：	掲載予定　　巻　　号	予定頁数

◎論文を投稿される方は投稿票，セルフチェック表，承諾書に必要事項を書き込み，論文と合わせてお送り下さい。
（票内に文字がはいりきらない場合は投稿票の拡大コピー可）
◎原稿の送り先は，〒170-0003　東京都豊島区駒込１-43-９　TSビル3F「老年歯科医学」編集委員会です。