

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 卷 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。