第69回東北地区歯科医学会

論文原稿

**注意事項：**　論文は、別紙「みちのく齒學會雑誌投稿規程」に則って作成して下さい。

　　　　　　図表及び超過頁分は個人負担となります。文章は横書きとする。

　　　　　　句読点は一字として取り扱い枠内に入れること。

　　　　　　雑誌別刷り及びカラー印刷は個人負担となります。

　　　　　　※は記入しないこと。

本原稿用紙は所属県歯科医師会内編集査読委員に１１月１１日（金）必着にて提出して下さい。

**問合先：**〒980-0803　仙台市青葉区国分町一丁目5-1　宮城県歯科医師会内

第69回東北地区歯科医学会事務局

TEL：022（222）5960　　FAX：022（215）3442

E-mail：gakkai@miyashi.or.jp

|  |  |
| --- | --- |
| ※整理番号 |  |
| 論　文　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　　属 | | 氏　　　名（演者に○印） |
|  | |  |
| 雑誌別刷り希望部数  　　　　　　　　　　　　　　　　部 | |
| カラー印刷希望（○で囲む）  　　　　　　　　　　　　有　・　無 | |
| 査読付論文の希望について | |
| □　査読付論文を希望  □　会員投稿欄を希望（査読なし・事後抄録） | |
| 通信連絡先 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：  　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  　　　　　　　　　　　　　 　E-mail： | |
| ふ　り　が　な  氏　　　名 |  | |
|  | |