

投稿申込書

平成 年 月 日

東京女子医科大学学会 編集担当幹事長 殿

下記論文を貴誌に投稿いたします。この論文は他誌に未発表であり、また投稿中でもありません。採用された場合には、この論文の著作権を東京女子医科大学学会に委譲すること、当学会と契約を交わした Web サイトへ全文または要旨を掲載することに同意いたします。

なお、本論文の内容に関しては、著者（ら）が一切の責任を負います。

署名

論文表題	
------	--

署名	著者全員の署名が必要です。欄が足りない場合はコピーして 2 枚提出して下さい。			
	①	年 月 日	②	年 月 日
	③	年 月 日	④	年 月 日
	⑤	年 月 日	⑥	年 月 日

原稿種類	<input type="checkbox"/> に✓または×を入れて下さい。
	<input type="checkbox"/> 原著 (<input type="checkbox"/> 学位申請論文) <input type="checkbox"/> 総説 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> ほか ()

推薦	原著・学位申請論文の場合、教授・講座主任または指導者の署名が必要です。		
署名		所属	

連絡先	<input type="checkbox"/> 医局・教室 <input type="checkbox"/> 出張先 <input type="checkbox"/> 自宅			
氏名		所属		
住所	〒			
Tel		Fax		E-mail Address

請求書宛名	<input type="checkbox"/> 筆頭著者名 <input type="checkbox"/> 医局・教室名 <input type="checkbox"/> ほか ()		
-------	--	--	--

請求書送付先	<input type="checkbox"/> 医局・教室 <input type="checkbox"/> 出張先 <input type="checkbox"/> 自宅			
氏名		所属		
住所	〒			

利益相反	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
IR*登録	<input type="checkbox"/> 同意しない

※IR とは「東京女子医科大学学術リポジトリ Twinkle」
(<http://ir.twmu.ac.jp/dspace/>) のこと。

IR には全文を登録します。

のない場合は同意していただいたものといたします。

学会室記入欄：

論文受付日 年 月 日

論文受理日 年 月 日

受付番号