

「日本クリニカルパス学会誌」 投稿カード

受付番号					
受付日	注意：太線内の欄はすべて著者が記入、○をつけてください				
掲載希望欄	1. 原著 2. 研究報告 3. 実践報告 4. 総説 5. ()				
筆頭著者名				会員ID	
連絡先 勤務先・自宅	郵便番号				
	所在地				
	機関名・部署名				
	氏名				
	TEL				
	FAX				
	E-Mail ※必須				
原稿論文題名 (和文)					
原稿論文題名 (英文)					
原稿文字数	要旨	字			
	本文	字			
	図(1個400字)	字			
	パス表(1個2400字)	字			
	表(1個400字)	字			
	合計	字			
別刷り希望部数	無料(30部)	部			
	有料(1部100円)	部			
	合計	部			

審査結果		氏名	投稿初回	投稿2回目	投稿3回目	投稿4回目
	編(担当)					
	審査員A					
	審査員B					

受 理	1. 原著 2. 研究報告 3. 実践報告 4. 総説 5. ()					
	受理日		掲載決定		編集委員長印	
	年	月	日	Vol.		
			No.			