

連絡票

下記の内から○で囲んで下さい 初投稿 再投稿 MDSJ 総会座長推薦論文	会員番号	
	氏名	(ふりがな)
論文種別を○で囲んでください 症例報告 総説	連絡先	〒
	住所	
文字数・動画時間を申告してください 本文字数 動画時間 分 秒	TEL () -	
	内線 上記 TEL は勤務先・自宅 (○を付す)	
	FAX () -	
	上記 FAX は勤務先・自宅 (○を付す)	
	E-mail :	
提出書類が揃っていることをチェックしてください <input type="checkbox"/> 投稿承諾書 <input type="checkbox"/> 個人情報 <input type="checkbox"/> 自己申告による COI 報告書 <input type="checkbox"/> 患者同意書のコピー		
論文題名		
Corresponding author 氏名		
Corresponding author 所属先・住所 〒		
* 「Video journal of movement disorders」に掲載される連絡先です。		