**「社会薬学」投稿カード**

|  |  |
| --- | --- |
| 投稿日 | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 責任著者 | 氏名 | フリガナ |  |
| （姓） | （名） |
| 勤務先・所属 |  |
| 連絡先 | 　勤務先　・　自宅（どちらかを○で囲んでください） |
| 住所: 〒 |
| 電話:　 |
| E-mail:　 |
| 投稿料 | 基本投稿料（3,000円）は西暦　　　　　年　　　月　　　日に振り込みました。※責任著者のお名前でお振り込み下さい。 |
| 論文題目 |  |
| 論文種別 | 　原著論文　　　研究ノート　　　報告　　　＊希望するものに○をつけてください。 |
| 全著者氏名及び所属（記入欄が足りない場合は適宜足してください。） | 順番 | 氏名 | 所属 |
| 1筆頭著者 |  |  |
| 会員番号 | 入会手続き中（西暦　　　　年　　　月　　　日） |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 原稿の概要 | 　枚数（通し番号）:　　　、本文の文字数：和文　　　　字（英文　　　　words）　図（　　　　枚）、　表（　　　　枚）、　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　枚） |
| 誓約の同意（　　　　　　） | 「本稿は、他誌に発表しておらず投稿中でもありません。また、掲載の採否決定前に他誌へ投稿いたしません。」同意する場合は、左の欄（　）にチェックを入れる。 |
| 事務記載欄（事務処理のために使います） | 投稿論文受付時 | 論文掲載決定時 |
| ＜学会誌刊行センター＞受付：　　　　　年　　月　　日　　　受付番号：＜会計＞振込確認：　　　　　年　　月　　日　　　　　　 | ＜学会誌刊行センター＞掲載：　可　・　否　　　題名変更：　　有　・　無論文種別：　　　　　　　ページ数：　　　　　＜学会事務局＞請求書発行：　　　　 年　　月　　日＜会計＞振込確認：　　　　　　年　　月　　日　　　　　　 |

投稿全般に関しては、学会誌刊行センター（jjsp-editor@capj.or.jp）へ、

会員番号に関しては学会事務局（maf-shayaku@mynavi.jp）へお問い合わせください。 2025/9/8改訂