

# IOL & RS 投稿用タイトルページ

第 回 日本白内障屈折矯正手術学会発表

受付 No. \_\_\_\_\_

題 名：

著者名・所属名：  
(全員)

筆頭著者  
( 会員・非会員 )

原稿内容：和文要旨 枚, 英文要旨 枚, 本文 枚, 文献 枚,  
図 枚 (図説 枚), (カラー掲載希望 (図番号) : , スライド 枚)  
(カラーで掲載する場合は必ず図番号を所定の場所に記入して下さい)  
表 枚 (表説 枚), 著作権譲渡同意書 枚  
CD × 点  
USB × 点

別刷請求先, 氏名：(著者校正宛先と同じ場合は下記に同上とお書き下さい)

住 所 〒

所 属

氏 名 (TEL )  
(FAX )  
(E-mail )

著者校正宛先：(校正宛先に変更がある場合は速やかにご連絡下さい)

住 所 〒

所 属

氏 名 (TEL )  
(FAX )  
(E-mail )

別刷希望数：有料 部 (50 部単位)

(裏面にもご記入下さい)

英文タイプして下さい。  
(ワープロにしても可)

受付 No. \_\_\_\_\_

Title :  
(英文題名)

Author(s) · Affiliation :  
(英文著者 · 所属名)

Reprint requests to :  
(英文別刷請求先, 氏名)

本論文のキーワードを, 和, 英共 5~6 語, 下欄にご記入下さい。

	和文	キーワード	英文	Key Words
1				
2				
3				
4				
5				
6				