

فرم درخواست چاپ مقاله در مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان

عنوان مقاله:

کد مقاله:

نام نویسنده مسئول:

نشانی پستی:

تلفن:

تلفن همراه:

فاکس:

آدرس پست الکترونیک:

نویسندگان مقاله به ترتیب:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مشخصات نویسندگان	مشخصات نویسندگان به انگلیسی
۱			
۲			
۳			
۴			

شرایط مقاله:

اینجانب

نویسنده مسئول دست نوشته (Manuscript) متعهد می شوم که دست نوشته فوق در هیچ نشریه

دیگر تحت بررسی نبوده و تاکنون در هیچ نشریه دیگری چاپ نشده است. همچنین متعهد می شوم در صورت پذیرش Copyright

مقاله یاد شده را به مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان انتقال دهم.

تایید: تمامی نویسندگان تمام مطالب بالا را تایید و امضاء می کنند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	امضاء	تاریخ
۱			
۲			
۳			
۴			