

## فرم درخواست چاپ مقاله در مجله پزشکی بالینی ابن سینا

عنوان مقاله:

کد مقاله:

کد اخلاق:

حامی مالی:

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 پزشکی بالینی ابن سینا 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    |                    |       |       |