年　　　月　　　日

　　札幌医学雑誌編集主幹　　様

**投稿論文の取り下げ願い**

　　　　平成　　年　　月　　日付けで受理された（論文受付番号）　　　　　　　　について、

貴誌への投稿を取り下げたく、承認をお願いします。

論文名

　　　　　　　　　（著者名・本人直筆）　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　（論文投稿時の所属名）

　　　　　　 　 　（主任教授名・本人直筆）　　 　　　　　　 印

（以下、札幌医学雑誌編集委員会で使用）

　　□　取り下げ願いについて、承認する。　　　　　　　　年　　月　　日

　　□　取り下げ願いについて、承認しない。　　　　　　　年　　月　　日

　　　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７

７