

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：)