**昆明医科大学口腔医学院/医院论文审查登记表（2019年7月）**

 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 杂志名称 |  |
| 论文题目 |  |
| 获何基金资助及编号 |  |
| 作者排序 | （1） | （2） | （3） |
| （4） | （5） | （6） |
| （7） | （8） | （9） |
| 通讯作者 | 姓名： | 科室： |
| E-mail： | 电话： |
| 地址及邮编： |
| 联系人 | 姓名： | 科室： | 电话： |
| 承诺： 1.第一作者或通讯作者必须为我院职工，且第一署名单位必须为昆明医科大学口腔医学院/医院；2.发表文章资料真实、无抄袭之嫌、无一稿多投等学术不端问题；3.如未遵循上述条件，昆明医科大学口腔医学院/医院保留追究相关责任的权利。 投稿人签字： 年 月 日 |
| 科室审查意见：是否同意投送： 是 否 签 章：  年 月 日 |
| 科教科意见：是否同意投送： 是 否 签 章：年 月 日 |

备注：本表一式三份，科教科、科室、投稿人各执一份。编号由科教科填写，按各科室当年登记顺序依次编号（例：牙体牙髓科-201901）。单位署名为昆明医科大学口腔医学院或昆明医科大学附属口腔医院。英文：School and Hospital of Stomatology, Kunming Medical University. 地址：1088 Middle Haiyuan Road, High-tech Zone, Kunming 650106, China