

別刷申込書

受付番号 : _____ - _____
論文表題 : _____
氏 名 : _____
役職(学年) : _____

送付住所 : _____
送付勤務先 : _____
T E L : _____
F A X : _____
E-mail : _____
申込み日 : _____年____月____日

別刷の申込数 : _____部 (50 部以上)

別刷料金表

部数	金額
50	30,600 円
80	43,200 円
100	45,000 円
200	60,300 円

凡例： 刷り上り 6 ページ基準

伝 票 : 必 要 ・ 不 要 ← ○で囲んで下さい。
見積書____通, 納品書____通, 請求書____通, 領収書____通
指定の伝票がある場合, 添付して下さい。

伝票の宛名 : _____
伝票の品名 : _____

備 考 :

- ・ 原稿中にカラーを含む場合や, 制限ページを超えた分に対しては, 別刷割増料金 (その都度, 見積り) が適用される
- ・ 解説論文, 招待論文, 特別寄稿はその限りではない
- ・ 伝票が不要の場合でも請求書は送付されます
- ・ 伝票の宛名, 品名の指定がない場合, それぞれ「日本顔学会誌第(該当号)号掲載論文等別刷代」, 「代表著者氏名(フルネーム)」となります