投　稿　規　定

１）本誌は毎年３回発行し，投稿の主著者は原則として島根県医師会員とします。

　主著者が会員でない場合には，共著者も含め原則として非会員一名当たり一編につき掲載料１万円を納入して下さい。但し，一編につき実費を超過しないものとします。

　なお，依頼原稿についてはこの限りではありません。

２）原稿の内容は臨床を主とするか，あるいは臨床に直接関係するものを原則とし，他の雑誌に未発表のものに限ります。

総　　説 ……	12,000字程度
臨床・研究 ……	8,000字程度
症 例 報 告 ……	6,000字程度
研究会抄録 ……	抄録中の各編は１編につき400字程度

３）島根県医師会員が主著者の場合には，刷り上がり５頁（8,000字程度）までは無料ですが，これを超過する場合，超過分は実費となります。

　また，カラー写真も著者負担とします。

４）キーワードを５語以内，要旨を400字以内にまとめて提出して下さい。論文のはじめに掲載します。

５）著者名には全員ふりがなをつけ，代表者には常用ローマ字を付記して下さい。

　また，連絡先を明記して下さい。

６）図，表，写真などは本文とは別に一括し，本文中に挿入箇所を欄外に朱書して下さい。

７）文献は次のように統一して下さい。

①文献数は15以内で，必要最少限にお願いします。

②文献数が多い場合は，削除をお願いすることがありますのでご了承下さい。

③記載順は引用順とします。

④雑誌の場合，著者名，標題：雑誌名，巻：頁，発行年（西暦）

⑤単行本の場合，著者名：書名，巻数，発行社，発行年（西暦），（必要ならば引用頁を最後に）

８）別冊は20部まで無料，それ以上必要な場合は投稿時に明記して下さい。

９）原稿掲載の採否は編集委員会において行います。

10）本に投稿された論文，抄録の著作権（電子版を含む）は，島根県医師会に帰属します。投稿される方は，この規定に従うことに同意したものと見なしますのでご了承下さい。

　なお，本誌掲載論文を転載する場合は，出典を明示して下さい。

11）投稿に際しては，利益相反（Conflict of Interest: COI）に関する情報開示が必要です。著者は，投稿論文において研究の遂行や，論文の作成にバイアスをもたらす可能性がある全ての利益関係（金銭的・個人的関係）を開示して下さい。

開示が必要とされる事項

①営利団体（企業）からの研究助成金，寄附講座に関する寄附金の受領

②営利団体（企業）からの謝礼

③特許権使用料・ライセンス料

④雇用，顧問契約など

⑤その他の報酬（旅費や贈答品等）の供与

12）原稿は，①直接持参，②簡易書留による郵送，あるいは③E-mailにて下記宛てに送付して下さい。①または②の場合は封筒の表に「島根医学原稿在中」と明記し，原稿と同一内容を入力した電子メディア（USBメモリ，CD-Rなど）を添えて下さい。

原稿送付先：

〒690-8535 松江市袖師町１－31

島根県医師会内　島根医学編集係

E-mail　office@ns.shimane.med.or.jp

Presented by Medical*Online