



سر دبیر مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

اینجانب نویسنده مسؤول مقاله با امضاء این فرم اعلام می‌دارم، مقاله ارسال شده با شماره پرونده ( ) ، تحت عنوان :

در مجله فارسی و انگلیسی زبان دیگری به چاپ نرسیده و یا نخواهد رسید و تا اخذ نتیجه نهایی توسط آن مجله، از ارسال مقاله به مجلات دیگر خودداری می‌نمایم. همچنین آمادگی خود را برای انجام اصلاحات مقاله تا مرحله انتشار اعلام و حق مجوز نشر را به مجله شما واگذار می‌نمایم.

نام و نام خانوادگی نویسنده مسؤول امضاء و تاریخ
---

• **ضروری** است جدول زیر به منظور تماس فوری با نویسنده مسؤول به طور کامل تکمیل گردد. نظر به این که در بعضی مواقع تماس با موبایل نویسنده مسؤول امکان پذیر نمی‌باشد؛ لذا تقاضا داریم موبایل نویسنده دیگری را نیز مرقوم فرمایید.

ایمیل فعال	کد شهرستان - تلفن محل کار و نمابر
موبایل نویسنده مسؤول	نشانی دقیق پستی
موبایل نویسنده دیگر	

امضاء	نام و نام خانوادگی همکار(ان)

امضاء	نام و نام خانوادگی همکار(ان)

با توجه به سیاست‌های این مجله فرایند بررسی مقالات رسیده به طور معمول ده هفته تا زمان انجام اصلاحات مقاله می‌باشد. به منظور پیگیری وضعیت مقاله از طریق ایمیل و یا ارسال پیام از سایت با ذکر شماره ثبت مقاله و ذکر نام نویسنده مسؤول مقاله اقدام نمایید.