

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی زابل

همکار گرامی:

ضمن تشکر، مقاله جنابعالی تحت بررسی اولیه قرار دارد لذا خواهشمند است فرم را تکمیل و در اسرع وقت نسبت به قرار دادن فایل اسکن شده فرم به عنوان یک فایل ضمیمه در پرونده مقاله خود اقدام نمایید.

سر دبیر محترم فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی زابل :

اینجانب نویسنده مسئول مقاله و همکاران (در صورت وجود) با امضاء این فرم متعهد می گردیم که مقاله ارسال شده با کد تاکنون جهت چاپ به مجله دیگری ارسال نشده و تا کسب اطلاع نهایی از وضعیت مقاله به مجله دیگری ارسال نخواهد شد.

نام و نام خانوادگی نویسنده مسئول

امضا

ردیف	نام و نام خانوادگی همکار (ان)	امضا	ردیف	نام و نام خانوادگی همکار (ان)	امضا

خواهشمند است جدول ذیل به منظور تماس فوری با نویسنده به طور کامل تکمیل گردد.

تلفن همراه	تلفن منزل:	تلفن محل کار:	کد شهرستان:
نمابر:	پست الکترونیک:		
نشانی دقیق پستی:			

آدرس مجله: استان سیستان و بلوچستان - شهرستان زابل - خیابان شهید رجایی - معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه - دفتر مجله

تلفن: ۰۵۴۲ - ۲۲۵۳۵۲۶

رایانامه: Rostamineh@yahoo.com

Sr.journal@zamu.ac.ir