

学会名

本意見に対する照会先: 担当者名及び連絡先

担当者名

電話番号

e-mail

題名(疾患名などでつけて下さい) Title

第一に影響を受けるコード(または章番号) Primary Code Affected

第二に影響を受けるコード(オプション) Secondary Codes Affected

影響を受ける巻(複数選択可) Volumes Affected

- 内容例示(日本版第2巻) 総論(日本版第1巻) 索引(日本版第3巻)

提案の型 Proposal Type (どれか一つを選ぶ)

変更理由 Change Reason (どれか一つを選ぶ)

詳細な記述 Detailed Description

出版上の変更(コード〇〇をなくす等、散文でも構いません)

上記の変更が必要なロジック Rationale (散文で記載)

上記の変更を支持する論文等(もしあれば) Supporting Publication (ファイル、URLなど)