

【様式1】「広島臨床検査」投稿承諾書 [sheet_1H]

筆頭著者氏名： _____ 殿

投稿承諾書

承諾日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

承諾者氏名： _____
(自筆で署名してください)

承諾者職位： _____

承諾者所属施設名： _____

当施設に所属する職員として下記表内の内容で「広島臨床検査」（一般社団法人広島県臨床検査技師会発刊）に投稿することを承諾します。

広島県臨床検査技師会「広島臨床検査」投稿表紙

論文分類	<input type="checkbox"/> 総説 <input type="checkbox"/> 原著 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 技術 <input type="checkbox"/> 症例 <input type="checkbox"/> 資料 <input type="checkbox"/> 事業報告 <input type="checkbox"/> その他	
専門分野	<input type="checkbox"/> 臨床微生物検査 <input type="checkbox"/> 臨床免疫検査 <input type="checkbox"/> 臨床血液検査 <input type="checkbox"/> 臨床化学検査 <input type="checkbox"/> 病理組織検査/細胞検査 <input type="checkbox"/> 臨床生理検査 (神経生理検査) <input type="checkbox"/> 臨床生理検査 (呼吸生理検査) <input type="checkbox"/> 臨床生理検査 (循環生理検査) <input type="checkbox"/> 臨床生理検査 (超音波検査) <input type="checkbox"/> 臨床一般検査 <input type="checkbox"/> 寄生虫検査 <input type="checkbox"/> 公衆衛生検査 <input type="checkbox"/> 輸血・移植検査 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 検査情報 <input type="checkbox"/> 医療安全/管理 <input type="checkbox"/> 臨床研究 <input type="checkbox"/> チーム医療 <input type="checkbox"/> 検体採取 <input type="checkbox"/> 検査説明 <input type="checkbox"/> その他 ()	
表題		
会員番号		
筆頭著者 (兼責任著者) 氏名	(漢字)	(ローマ字)
筆頭著者 (兼責任著者) 連絡先	E-mail : _____ 〒 _____	TEL() () ()
所属施設名 / 所属部課名		
所属施設所在地住所	〒 _____	
筆頭著者連絡先住所 ※希望の連絡先が所属先と異なる場合は記入して下さい。	〒 _____	