

【様式 1-②】「医学検査」投稿承諾書

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「医学検査」（一般社団法人日本臨床衛生検査技師会発刊）に投稿することを承諾します。

日本臨床衛生検査技師会「医学検査」投稿表紙

論文分類	<input type="checkbox"/> 総説 <input type="checkbox"/> 原著 <input type="checkbox"/> 技術論文 <input type="checkbox"/> 資料 <input type="checkbox"/> 症例報告 <input type="checkbox"/> 技術講座 <input type="checkbox"/> Letter to the editor <input type="checkbox"/> その他	
専門分野	<input type="checkbox"/> 臨床微生物検査（旧：微生物） <input type="checkbox"/> 臨床免疫検査（旧：免疫血清） <input type="checkbox"/> 臨床血液検査（旧：血液） <input type="checkbox"/> 臨床化学検査（旧：臨床化学） <input type="checkbox"/> 病理組織検査／細胞検査（旧：病理細胞） <input type="checkbox"/> 臨床生理検査（神経生理検査）（旧：生理） <input type="checkbox"/> 臨床生理検査（呼吸生理検査）（旧：生理） <input type="checkbox"/> 臨床生理検査（循環生理検査）（旧：生理） <input type="checkbox"/> 臨床生理検査（超音波検査）（旧：生理） <input type="checkbox"/> 臨床一般検査（旧：一般） <input type="checkbox"/> 寄生虫検査（旧：その他） <input type="checkbox"/> 公衆衛生検査（旧：公衆衛生） <input type="checkbox"/> 輸血・移植検査（旧：輸血） <input type="checkbox"/> 遺伝子検査（旧：遺伝子・染色体） <input type="checkbox"/> 染色体検査（旧：遺伝子・染色体） <input type="checkbox"/> 検査情報（旧：情報システム） <input type="checkbox"/> 医療安全／管理（旧：管理運営） <input type="checkbox"/> 臨床研究（旧：その他：治験） <input type="checkbox"/> チーム医療（旧：チーム医療） <input type="checkbox"/> 検体採取（旧：その他） <input type="checkbox"/> 検査説明（旧：その他） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
タイトル		
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。	〒	