記入日：20　　年　　　　月　　　日

和歌山県立医科大学附属病院　臨床研究センター長　様

|  |
| --- |
| **臨床研究センター ネイティブチェック依頼票** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご依頼者名 |  | 所 属 |  | |
| ローマ字 | 姓（Family Name） | 職名  **（該当する職名に ○をしてください）** | 教授 Professor　 ・ 准教授 Associate Professor  講師 Senior Lecturer ・ 助教 Assistant Professor  学内助教 University Assistant Professor  その他（　　　 　 ） | |
| 名（First Name） |
| 連絡先（内線）  （連絡担当者） |  | E-mail |  | |
| ご依頼内容 | 1. 投稿予定の雑誌名 | | | ②仕上がりまでの希望時間 |
| ※以前ご依頼頂いた論文の場合は前回の受付番号をご記入ください  **FY -** | | | 通常  迅速 |
| 備考 |  | | | |

※ご依頼の論文について、エディターとミーティングをご希望の場合はご相談ください。

臨床研究センター記入欄

|  |
| --- |
|  |

受領日：20　　　年　　　　月　　　日

受付ID：