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記載ください**FY -**  | [ ]  通常[ ]  迅速 |
| 備考 |  |

　**※倫理審査委員会の承認通知書を添付してください。（必須）**

**なお、委員会承認を受けていない場合は理由を備考欄に記載してください。**

※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：