病理画像申込書

希望期限日の原則 1 ヵ月前までに申し込んでください

申し込み日： 西暦　　　　年　　　月　　　日

希望期限日： 西暦　　　　年　　　月　　　日

申込医師名：

（**病院名：**　　　　　　　　　　　　**科名：**　　　　　　　　　）

（**連絡先：** TEL:　　　　　　　　　　Mail:　　　　　　　　　　　）

用途

□ 学会発表　演題名：

　　　　　　学会名：

　　　　　　抄録締切日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　発　表　日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　病理共同発表者*注：

□ 論　文　タイトル：

　　　　　　投稿雑誌名：

　　　　　　病理共同執筆者*注：

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

発表（ or 論文）の趣旨

□

□ 抄録参照（※抄録はメールに添付してください）

病理番号†：　　　　　　　　　　（**患者氏名:**　　　　　　　　　　）

† 外科切除例では，当施設で付けた番号（NS-○○○○○，NI-○○○○○，NG-○○○○○，NX-○○○○，H●●-○○○○，外来 20●●-○○○○ のいずれか）を記載してください．

必要な画像（どのような画像が必要か記載してください）

□ 肉眼写真

□ 組織写真（□ 特殊染色，免疫染色）

*** 注意事項**

依頼は原則的に全て無償で引き受けますが，病理が共同演者（もしくは共同執筆者）に入っていることが必要です．

新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野（旧第一病理）