**論文査読・選定　結果通知用紙　 ※**2月20日までに[1]と[2]合わせてご提出ください

信州大学医学部附属病院血液浄化療法部内

長野県透析研究会事務局 あて　　　　MAIL　mkara@shinshu-u.ac.jp　　FAX　 0263-37-3020

|  |
| --- |
| **査読・選定者お名前：** |

**担当部門に〇→（A病態・症例 　　 B看護 　　C透析技術・透析環境)** ※各位の職種による

**[1] 査読用チェック**

　　OKの項目にレ点をつけ、つけられない場合は可能な限り理由を備考欄に記入してください

　　ファイル番号は担当部門内の各論文ファイル名の番号を〇で囲んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ファイル番号(要選択) | 体裁が整っている | 倫理的に問題ない | 投稿規定に沿っている | 備考・その他 |
| a1b16c24 |  |  |  |  |
| a2b17c25 |  |  |  |  |
| a3b18c26 |  |  |  |  |
| a4b19c27 |  |  |  |  |
| a5b20c28 |  |  |  |  |
| a6b21c29 |  |  |  |  |
| a7b22c30 |  |  |  |  |
| a8b23c31 |  |  |  |  |
| a9c32 |  |  |  |  |
| a10c33 |  |  |  |  |
| a11 |  |  |  |  |
| a12 |  |  |  |  |
| a13 |  |  |  |  |
| a14 |  |  |  |  |
| a15 |  |  |  |  |

**[2]** **優秀論文の選定**

|  |
| --- |
| １位　ファイル番号（　　　）　筆頭著者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２位　ファイル番号（　　　）　筆頭著者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３位　ファイル番号（　　　）　筆頭著者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

お手数ですが2枚目にもお名前をご記入ください

|  |
| --- |
| **査読・選定者お名前：** |

[1] 査読用チェックと[2] 優秀論文の選定の2枚を揃えて、2月20日までに、

事務局あて、メールまたはFAXでお送りください。

MAIL　mkara@shinshu-u.ac.jp　　FAX　 0263-37-3020