申込日　令和　　年　　月　　日

学会・論文報告用 組織写真撮影依頼申込書

適切な画像の撮影および当方の業務管理上の必要から、それぞれ下記の情報をお寄せください。

１．ご発表予定の学会の情報

|  |
| --- |
| 学会名：  会場名・開催地：  開催日・発表予定日：  予定共同演者（全員を明記）： |

２．ご発表の構想、または登録予定抄録（別紙可）

|  |
| --- |
| 演題名：  構想または抄録： |

3．発表予定の症例の病理番号（PないしCから始まる番号：）

|  |
| --- |
| （アルファベットに続く2桁数字は必ず伏字（XX）としてください。例：PXX17-09999） |

4. 診断担当医（診断担当医不明の場合は空欄としてください）

|  |
| --- |
|  |

5. 病理画像を提示する主旨、どのような画像が必要と考えておられるのか

　（肉眼画像の要否、代表的組織像が示せればよい、特定のマーカー発現を示したいなど、倍率・枚数の指定。複数検体・複数症例の写真が必要な場合は病理番号ごとに具体的に記載お願いします。）

|  |
| --- |
|  |

6．画像入手の期限のご希望（通常は2週間程度いただいております）

|  |
| --- |
|  |

7．詳細の打ち合わせ、画像データの受け渡し等に際してのご連絡先

|  |
| --- |
| ご担当者名：  診療科名：  PHS：  メールアドレス： |

8．論文投稿の予定の有無

|  |
| --- |
|  |

・原則、ご発表の構想段階（抄録の登録前）でご連絡くださるようお願いいたします。

・希少例の報告などご発表の内容や症例の性格によっては、当科から共同演者にお加えいただくようお願いする場合がございますのでご了承ください。

病理部/病理診断科

011-706-5716

写真提供完了日：令和　　年　　月　　日

担当医：