

『認知症ケア事例ジャーナル』投稿用紙

投稿種別	1. 事例報告	2. ショートレポート						
表題								
筆頭著者氏名 <small>筆頭者は一般社団法人 日本認知症ケア学会会 員または認知症ケア専 門士に限ります</small>	<small>(ローマ字表記)</small>							
会員番号および 認知症ケア専門士 番号 <small>(左詰で記入)</small>	一般社団法人日本認知 症ケア学会会員番号							
	認知症ケア専門士番号							
職業分野 <small>(当てはまるもの 1つにレ印)</small>	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 看護	<input type="checkbox"/> 医療	職 種				
	<input type="checkbox"/> 社会福祉	<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> その他					
所属先名称								
連絡先住所	<small>(自宅・所属先)</small>							
	〒							
	TEL :							
	FAX :							
E-mail :								
共同執筆者 <small>(4名を超える場合は コピーしてお使いくだ さい)</small>	氏 名 (フリガナ)			印	所属先			
	①							
	②							
	③							
	④							
関係者・関係機関 等からの承諾 <small>(当てはまるものにレ印)</small>	関係する対象者やその家族、機関等から、本誌への投稿および内容の公表 について承諾を <input type="checkbox"/> 得ています <input type="checkbox"/> 得ていません							
投稿者名・所属先 名掲載の諾否 <small>(当てはまるものにレ印)</small>	投稿者名 (全員) の掲載を				<input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません			
	所属先名称掲載を				<input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません			