

愛媛大学医学部附属病院 臨床研究支援センター行  
FAX : 089-960-5910

第6回 臨床研究・治験四国協議会  
参加申込書

ご施設名：

ご住所：（〒            -            ）

ふりがな 氏名		所属・職名		職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他（            ）
連絡先	TEL： E-mail：	臨床試験に 関わった経験年数	年    月	CRC認定	<input type="checkbox"/> 有    認定の種類 （            ） <input type="checkbox"/> 無
協議会への参加	1部（G・W） <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加		2部（講演） <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加		
1部（G・W）における参加希望テーマ順位：G1（    ） G2（    ） G3（    ） W1（    ） W2（    ） W3（    ）					
*疑問、問題等の事例、ご意見をご記入ください。					

ふりがな 氏名		所属・職名		職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他（            ）
連絡先	TEL： E-mail：	臨床試験に 関わった経験年数	年    月	CRC認定	<input type="checkbox"/> 有    認定の種類 （            ） <input type="checkbox"/> 無
協議会への参加	1部（G・W） <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加		2部（講演） <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加		
1部（G・W）における参加希望テーマ順位：G1（    ） G2（    ） G3（    ） W1（    ） W2（    ） W3（    ）					
*疑問、問題等の事例、ご意見をご記入ください。					

ふりがな 氏名		所属・職名		職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他（            ）
連絡先	TEL： E-mail：	臨床試験に 関わった経験年数	年    月	CRC認定	<input type="checkbox"/> 有    認定の種類 （            ） <input type="checkbox"/> 無
協議会への参加	1部（G・W） <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加		2部（講演） <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加		
1部（G・W）における参加希望テーマ順位：G1（    ） G2（    ） G3（    ） W1（    ） W2（    ） W3（    ）					
*疑問、問題等の事例、ご意見をご記入ください。					

※グループディスカッション、ワークショップにご参加の方は、  
別紙1「第6回 臨床研究・治験四国協議会参加申込みについて」を参照して参加希望順位をご記入ください。

※参加申込書を受付後、「受付完了のお知らせ」を参加者の方に郵送させていただきます。  
**8月7日(金)**を過ぎてもお手元に届かない場合は、お手数ですが下記までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

愛媛大学医学部附属病院 臨床研究支援センター  
TEL : 089-960-5914 / FAX : 089-960-5910

担当: 関谷、今井、山下  
E-mail : c-trials@m.ehime-u.ac.jp