

情報交換会のご案内および参加申込書

日時：平成 27 年 8 月 22 日（土）18 時より

会場：愛媛大学 校友会館・カフェレストラン「セ・トリアン」

会費：4000 円

* 情報交換会の会費は、協議会受付時に
集金させていただきます。

* 情報交換会会場は、協議会会場
南加記念ホールの隣にあります。

下記の参加申込書にご記入の上切り離さず
このまま FAX してください。

E-mail でのお申し込みも可能です。

E-mail : c-trials@m.ehime-u.ac.jp



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 情報交換会参加申込書

ご施設名：

| 氏名 | 所属・職名 |
|----|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

【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 担当：関谷、今井、山下
TEL:089-960-5914 / FAX:089-960-5910 E-mail: c-trials@m.ehime-u.ac.jp