

## 第 6 回 JACCRO 臨床試験ワークショップ 参加申込書

送付先: JACCRO 事務局

メール: jaccro.seminar@jaccro.or.jp

FAX: 03-5579-9886

申込日: 2016 年 月 日

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 対象セミナー                      | 第 6 回 JACCRO 臨床試験ワークショップ<br>・2016 年 11 月 19 日(土)～11 月 20 日(日)<br>・ホテルマイステイズ御茶ノ水コンファレンスセンター  |
| ふりがな<br>申込者氏名(性別)           | (性別: 男・女)   |
| 施設名                         |   |
| 診療科名                        |   |
| 職種                          | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> CRC・DM <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> その他( )   |
| 年代                          | <input type="checkbox"/> 20 代 <input type="checkbox"/> 30 代 <input type="checkbox"/> 40 代 <input type="checkbox"/> 50 代以上   |
| 連絡先<br>(住所、TEL、<br>メールアドレス) | 〒<br><br>TEL:<br><br>メールアドレス:   |
| 本ワークショップを<br>何で知りましたか？      | <input type="checkbox"/> JACCRO からのメール <input type="checkbox"/> JACCRO ホームページ<br><input type="checkbox"/> 同僚からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 本ワークショップ<br>への要望事項          | コンセプトシート検討に取り上げて欲しいテーマ等、その他ご要望があれば記入してください。   |
| 施設(診療科)<br>代表者推薦欄           | 上記の者の JACCRO 臨床試験ワークショップへの参加を推薦します。<br><br>施設(診療科)名: _____<br><br>役職: _____ 氏名: _____ 印   |