

第 11 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: 03-6811-0434)

申込日: 2025 年 月 日

対象セミナー	第 11 回 JACCRO 臨床試験ワークショップ ・2025 年 11 月 15 日(土)～16 日(日) ・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 申込者氏名(性別)	(性別: ☐ 男 ☐ 女)
施設名	
診療科名	
メールアドレス	
専門 ※複数選択可	☐ 上部消化管 ☐ 下部消化管 ☐ 肝胆膵 ☐ その他()
抗がん剤治療に 関する経験	☐ 抗がん剤治療に携わっている ☐ 抗がん剤治療に携わっていない
年代	☐ 20 代 ☐ 30 代 ☐ 40 代 ☐ 50 代以上
本ワークショップを 何で知りましたか？ ※複数選択可	☐ JACCRO からのメール ☐ JACCRO ホームページ ☐ 同僚からの紹介 ☐ 知人からの紹介 ☐ その他()
本ワークショップ 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下さい
交通費補助 (最大 5 万円)	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 検討中
施設(診療科) 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。 施設(診療科)名: _____ 役職: _____ 氏名: _____