第 7 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：2017 年　　月　　日

対象セミナー	第 7 回 JACCRO 臨床試験ワークショップ ・2017 年 11 月 11 日（土）～11 月 12 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	
職種	□医師　□CRC・DM　□薬剤師 □その他（　　）
年代	□20 代　□30 代　□40 代　□50 代以上
連絡先 （住所、TEL、 メールアドレス）	〒 TEL： メールアドレス：
本ワークショップを 何で知りましたか？	□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ください。
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：＿＿＿＿＿＿＿＿印

JACCRO 事務局：FAX 03-5579-9886

20170829