

第 8 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: 2018 年 月 日

対象セミナー	第 8 回 JACCRO 臨床試験ワークショップ ・2018 年 11 月 10 日(土)～11 月 11 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: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
施設名	
診療科名	
専門 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> その他()
抗がん剤治療に 関する経験	<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療に携わっている <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療に携わっていない
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 (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?	<input type="checkbox"/> JACCRO からのメール <input type="checkbox"/> JACCRO ホームページ <input type="checkbox"/> 同僚からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 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