
ながさき治験医療ネットワーク「第7回ながさき治験交流会」参加申込

(事前申込締切日：平成29年12月9日(土))

※情報交換の場としてメーリングリストを作成しております。参加ご希望の方はPCメールアドレスをお知らせ下さい。なお、以前登録されている方は不要です。

フリガナ

出席者御氏名： _____

御所属機関名等： _____

部署等： _____

御連絡先 該当に○印： () 所属先 () 自宅 _____

御連絡先住所： 〒 () _____

_____ 都道 市郡 区町
_____ 府県 区 _____ 村

電話番号： _____

内線 _____

E-mail アドレス： _____

職種等： <あてはまるものを○で囲んで下さい>

医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師 ・ 管理栄養士 ・ 行政機関
事務 ・ その他 ()

治験業務経験の有無： 有 ・ 無 ※「有」の方は治験業務の種類もお答えください。

治験業務の種類： 治験医師 ・ CRC (院内・SMO) ・ 事務局 ・ その他 ()

講演等御出席予定： 終日 ・ 講演のみ ・ グループディスカッションのみ _____

※追記

- ◆受付は12時10分から開始します。当日は受付が込み合いますので、少し早めにお越し下さい。また、筆記用具を持参下さい。
- ◆長崎県医師会館の駐車場は収容台数が少ないので、お越しの際は、公共交通機関をご利用下さい。
- ◆本紙は適宜コピーしてご利用下さい。また、FAXで申込の際はボールペンでご記入下さい。