

様式 1

研修生派遣申請書（様式 1）（所属部門長）

2019 年度 小児治療ネットワーク 第 4 回 CRC 教育研修会

受講生派遣申請書

小児治療ネットワーク事務局 宛

申請年月日	年 月 日
機関名 (正式名称で記載)	
所属部門長の 職名・氏名	印
所在地 (都道府県も記載のこと)	〒 _____
連絡担当者 所属部署・氏名	
連絡担当者電話番号	TEL : _____ FAX : _____

下記の者を小児治療ネットワーク CRC 教育研修プログラムの研修生として派遣したく、本人による「受講申請書」と共にお送りいたしますので、よろしくお願いいたします。

	研修生 1	研修生 2
フリガナ		
氏 名 (性別)	(男・女)	(男・女)
職 種		

2019 年度 小児治験ネットワーク 第 4 回 CRC 教育研修会

受講申請書

小児治験ネットワーク事務局 宛

フリガナ	
氏名・性別	男・女
職種 (○で囲む)	薬剤師 看護師 臨床検査技師 その他 ()
所属先 (○で囲む)	医療機関 (小児治験ネットワーク加盟施設) 医療機関 (小児治験ネットワーク加盟施設以外) SMO その他 ()
勤務先名称 (正式名称)	※SMO 所属の方は、会社名および小児治験実施施設名称を記載してください。
通常連絡先電話番号 ※日中連絡可能な電話番号	
E-mail アドレス	_____@_____
CRC としての認定の有無	有 (認定団体 _____) ・ 無
CRC 経験 (実績) 及び小児臨床研究の経験	経験年数: 満 _____ 年 (通算)
	担当プロトコール数: _____ 件 (通算) うち、小児 _____ 件
	担当症例数: _____ 症例 (通算) うち、小児 _____ 症例
CRC 養成研修受講経験	有 ・ 無 (※「有」の方は下記の当てはまるものにチェック。 その他の場合、詳細を記載してください) <input type="checkbox"/> 日本病院薬剤師会主催 CRC 養成研修 (受講年度: _____ 年度) <input type="checkbox"/> その他 (_____ ; 受講年度: _____ 年度) <input type="checkbox"/> その他 (_____ ; 受講年度: _____ 年度) <input type="checkbox"/> その他 (_____ ; 受講年度: _____ 年度)
実地研修 ※小児治験 NW 加盟施設の方のみ対象 (SMO 含)	希望する・希望しない