**平成２９年度　臨床研究に関する講習会**

**第１回　研究支援について**

**参加申込書**

**参加申込書は、メールまたはFAXにてお申込みください**

**【送付先】**

**ＭＡＩＬ ： dgciinfo@kumamoto-u.ac.jp**

**※平成29年2月1日よりメールアドレスが変更になりました※**

**ＦＡＸ ： ０９６－３７３－５３４７**

**担 当 ： 熊本大学医学部附属病院**

**総合臨床研究部（研究展開センター）**

**【申込期限】平成２９年４月２６日（水）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当部署 |  |
| 連絡担当者名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| Mail |  |

《参加者名簿》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏　名 | 職　種 | 必要の有無について、  下記にご記入ください。 | |
| 無料駐車券 | 受 講 証 |
| 記載例 | 看護師CRC | ◯ | × |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |