**平成２９年度 第５回 臨床研究に関する講習会**

**参加申込書**

**参加申込書は、メールまたはFAXにてお送りください**

**【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８月２２日（火）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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　 | ◯ | × |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |