

## 第 18 回 熊本大学病院治験実施体制説明会

### 参加申込書

お名前

---

ご所属(会社名)

---

連絡先 E-mail:

---

電話:

FAX:

---

以下の選択肢の中から該当するものをお選びいただき( )に○印の記入をお願いいたします。

#### ●ご職種

- ( ) 製薬会社モニター ( ) 製薬会社開発部員(モニター以外の業務)  
( ) CRO、派遣 CRA ( ) MR  
( ) 医療機関 ( ) 学生 ( ) 大学教員  
( ) その他: \_\_\_\_\_

#### ●情報交換会について (熊本大学病院山崎記念館)※説明会と同じ会場2F になります。

参加費: 4,000 円

- ( ) 情報交換会に参加します ( ) 情報交換会には参加しません

ご参加いただける方は、この参加申込書をご記入いただき、メール又は FAX にてお送りください。

返信用 E-mail: [kumadai-chiken.5842\(アットマーク\)kuh.kumamoto-u.ac.jp](mailto:kumadai-chiken.5842(アットマーク)kuh.kumamoto-u.ac.jp)

返信用 FAX: [096-373-5809](tel:096-373-5809)