**第1回　J-SUPPORT臨床研究ワークショップ　　申込書**

**ご記入いただき、**[**manager@j-support.org**](https://ap.ncc.go.jp/owa/redir.aspx?C=3eDq7dfxh0aIH4-zrEtIxk9nFFi209QIZkTdhwTGTEtXDoLg9tcMUfcLqH9cAiLBXAUrM1Tolqo.&URL=mailto%3a%e2%91%a1manager%40j-support.org)**に添付してお送りください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | 年齢 |  | 性別 |  |
|  |
| 職種 | 医師　　　歯科医師　　　薬剤師　　　看護師　　　臨床心理士　　　作業療法士  理学療法士　　　言語聴覚士　　　社会福祉士　　　歯科衛生士　　　生物統計家  データマネージャー　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 主たる資格/ その他免許名 | 取得年 | | | | |
| 専門分野 |  | | | | |
| 勤務先名 （会社・部署） |  | | | | |
| 連絡先: | 住所　　（職場　・　自宅）　※　どちらかに○をしてください  〒 | | | | |
| e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　/TEL　　（職場）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （携帯） | | | | |

\* 直接連絡できる先をお書きください。

|  |  |
| --- | --- |
| 略歴（学歴・職歴など） | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\* 学歴については、専門学校、大学等卒業からご記入ください。

\* 職歴については、専門分野、専門科等をご記入ください。

|  |
| --- |
| １）受講希望の理由： |
| ２）臨床研究に関する講習会参加や臨床研究の経験等： |
| ３）演習では、皆さまの興味や専門性に配慮し、小グループで議論し研究プロトコル案を仕上げていくことを想定しています。もし、取り組みたいと思っている（現在取り組んでいる）臨床試験がありましたら、事前にお聞かせいただければ幸いです。 |
| ＜ご意見・ご要望などありましたらお聞かせください＞ |