**がん患者カレッジ2019～臨床試験を知ろう～申込書**

**受付期間　2019年6月7日（金）～6月28日（金）17時**

**メール：** **office@zenganren.jp****FAX：０３－６６８３－２２７３**

この申込書をご提出ください。記載いただいた情報については、患者カレッジの運営にのみ使用し、

終了後は適切に処理いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **所属団体名** |  |
| **団体所在地** | 〒 |
| **団体代表者** | 役職　　　　　　　　　　　名前 |
| **団体連絡先** | 住所：〒メールアドレス：ファックス：　　　　　　　　　　　　携帯番号： |
| **参加者連絡先** | 住所：〒メールアドレス：ファックス：　　　　　　　　　　　　携帯番号： |
| **お立ち場****（〇してください）** | がん患者　　家族　　遺族　　医療者（職種：　　　　　　　　　　）メディア　　企業　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **■倫理審査委員会参加の経験について教えてください**　経験の有無　　（　　ある　　　なし　　　これから携わる予定　）　　⇀「ある」と答えた方　　　　携わられている年数　（　　　　　）年**■今回の学会のお知らせはどこで知りましたか？**　（　全がん連ホームページ　　フェイスブック　　知人の紹介　　その他：　　　　　　　　）**■何か学びたいことなど、メッセージがあればどうぞ** |