**臨床試験学習サイト　申込書**

　空欄に記載の上、FAXもしくはE-mailで送ってください。

申込日　　西暦     年     月     日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | （姓）      | （名）      |
| 氏名 |       |       |

希望されるアカウント（半角英数4字以上12字以内　半角英数のみ使用可）

|  |
| --- |
|       |

　記入がない場合、重複したアカウントがすでにある場合はこちらで設定させていただきます。

希望されるパスワード（半角英数4字以上12字以内）

|  |
| --- |
|       |

　記入がない場合はこちらで設定させていただきます。

E-mailアドレス

|  |
| --- |
|       |

所属（大学名、病院名、会社名など）

|  |
| --- |
|       |
|       |

申込事由

　該当するものにチェックを付してください。その他の場合は、理由をご記入ください。

[ ] 三重大学で実施する臨床研究に参画する

[ ] 三重大学以外の三重県内医療機関等で臨床研究に参画する

[ ] その他（     ）

FAX・E-mail送信先

三重大学医学部附属病院　臨床研究開発センター

FAX 059-231-6038

三重大学病院内の方は、内線5720

E-mail　crsc@med.mie-u.ac.jp