

年 月 日

プロテオ検査(実施/臨床研究)参加申込書

日本先進医療臨床研究会事務局

有限会社マイテック 御中

下記施設において、会員医師によるプロテオ検査の実施及び臨床研究の参加を希望します。

(会員医師/医療機関の情報)

会員/未入会	<input type="checkbox"/> 会員 / <input type="checkbox"/> 未入会(入会申込書を一緒に送付してください)
医師氏名	
ふりがな	
医療機関名	
医療機関所在地	〒
連絡先	TEL: /FAX: (携帯:) メール:
キット送付先	<input type="checkbox"/> 同上 / <input type="checkbox"/> 下記住所宛に送付
キット送付先 連絡先	TEL: /FAX:

プロテオ検査の実施に必要な、下記のセット一式を送ってください。

記

- ・採血キット..... 10 セット
- ・かんたん遠心機(EC-10)..... 2 台
- ・かんたん遠心機(EC-10)カタログ..... 1 部
- ・遠心官ラック..... 1 個
- ・番号シール..... 100 枚
- ・「プロテオ」リーフレット..... 30 枚
- ・「プロテオ」ポスター..... 2 枚

▼FAX送信先:03-4333-0803(日本先進医療臨床研究会事務局)▼