

(重炭酸イオン入浴剤【皮膚疾患改善】研究)参加申込書

一般社団法人日本先進医療臨床研究会(事務局) 御中

下記施設において、会員医師による症例の積み上げによる研究に、参加を希望します。

研究課題名:「アトピー性皮膚炎、皮膚疾患、アレルギー疾患に対する入浴用
タブレットを用いた、癒・改善の多施設共同研究」

(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(入会申込書と医師免許写しを当会宛にご送付ください)
医師名	
医師名 (ローマ字)	
医療機関名	
医療機関 所在地	〒
連絡先	連絡窓口者の氏名() TEL: /FAX: (携帯:) メール:
研究素材 送付先 (業者訪問先)	<input type="checkbox"/> 同上 / <input type="checkbox"/> 下記住所宛に送付
研究素材 送付先 連絡先	TEL: /FAX:

研究素材と、症例研究に必要な資料一式をお送りください。

▲FAX送信先:03-4333-0803(臨床研究会事務局)▲