

(オプティマムファスティングの研究)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、会員医師による多施設共同研究に、参加を希望します。

研究課題名:「肥満・脂質異常症の患者に対して、オプティマムファスティング栄養療法を用いた、治療・改善効果に関する多施設共同研究」

(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)▲