

ネットワーク登録票

年 月 日 記入

1. 貴施設名(病院・研究機関・学部名などをご記入ください)

2. 施設住所

3. 施設電話

4. 施設 URL

5. 委員会名

6. 委員会担当者

氏名 _____

フリガナ _____

所属 _____

職名 _____

電話 _____

F A X _____

E-mail _____

7. 委員の構成 男(_____人) 女(_____人)

8. 研究のカテゴリ 治験のみ 一般臨床研究のみ 治験および一般臨床研究

9. 下記内容を RecNet ホームページに一覧表として掲載することにご承諾いただけますか。(これ以外の情報を無断で掲載することはありません)

・委員会および設置施設の名称	諾	否
・委員の男女別人数	諾	否
・審査対象とする研究のカテゴリ	諾	否
・設置施設の住所と電話番号	諾	否
・設置施設のホームページ URL	諾	否

10. 備考欄 ご質問などありましたらご記入ください。

[お問合せ先]

九州大学大学院 医学研究院 臨床薬理学分野 笹栗俊之

〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1 TEL:092-642-6082 FAX:092-642-6084