

# 平成 24 年度 愛知県医師会治験セミナー 参加申込書

FAX / 052-241-5021

申込日 平成 年 月 日

ふりがな	
氏 名	
職 種 *番号に○印を ご記入下さい	1. 一 般                      2. 医 師 3. 薬剤師                    4. 医療関係者 5. SMO                        6. その他 (                      )
連 絡 先 参加票送付先	(〒            -            )  TEL (            )            — FAX (            )            —

\* 原則として、ご本人の承諾なく、個人情報をご本人以外に利用または第三者に提供いたしません。

## お問合せ先

愛知県医師会 医療業務部  
 地域医療第1課（治験推進事務局）  
 〒460-0008 名古屋市中区栄 4-14-28  
 TEL : 052-241-4138  
 FAX : 052-241-5021  
 E-mail : [chiiki\\_1@aichi.med.or.jp](mailto:chiiki_1@aichi.med.or.jp)

地下鉄 名城線・東山線「栄」駅下車  
 13番出口（中日ビル前）より南へ徒歩5分

