**がん臨床試験の臨床研究コーディネーター長期研修　申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | | | 写真  申し込み6ヶ月内  4.5×3.5cm |
| 氏　　名 |  | |  | | |
| 英文氏名  First/Second |  | | | | |
| 自　宅 | 〒  TEL：  FAX： | | | | |
| 勤務先 |  | | | | | |
| 所属部門 |  | | | 職位 |  | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | | |
| 勤務先電話 |  | | | E-mail |  | |
| 医療資格 | 看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師 | | | | | |
| CRCに関連した資格 | | なし ・ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 学　歴  応募資格を満たしていることがわかるよう、高校卒業以降の学歴を明記してください(学科・課程含む) | |
| 年　月～　年　月 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 職　歴  応募資格（CRC経験）を満たしていることが分かるように記載してください。 |
| 年　月～　年　月 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

■国立がん研究センター使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 受付日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 選考結果 | 合　　・　　否 | 通知日 | 平成　　年　　月　　日 |