神戸市立医療センター中央市民病院　医薬品・医療機器等開発にかかる共同研究事業

相談会参加申込書

神戸市立医療センター中央市民病院　臨床研究推進センター　行

（送付先アドレス：c\_ccri1@kcho.jp）

以下のとおり参加申込書を提出します。

相談会により得られるすべての情報については、公開情報を除き、共同研究の実施可能に向けた内部検討のみに使用し、それ以外の目的で第三者に開示しません。

●参加代表者（連絡窓口）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| e-mail |  |

●同行者（複数者参加の場合、以下に記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |
| ② | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |
| ③ | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |