**令和元年度　初級モニター研修会　参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  | （　　　　　） |
| 所属 |  |
| 役職（職名） |  |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現在の主な職務 | [ ] 　モニター[ ] 　CRC[ ] 　データマネージャー（DM） | [ ] 　プロジェクトマネージャー（PM）[ ] 　その他　 　 （具体的に：　　　　　　　　　） |
| モニター以外の経験職種 | [ ] 　CRC | [ ] 　PM | [ ] 　DM |
| [ ] 　その他　（具体的に：　　　　　） |
| 医療資格 | [ ]  医療資格なし |  |  |
| [ ] 　医師 | [ ] 　薬剤師 | [ ] 　看護師 |
| [ ] 　臨床検査技師 | [ ] 　その他　（具体的に：　　　　　　） |

■　ご希望の受講会場を選択し、番号・記号をご記入ください。 (第１希望のみの記入でも可)

①講義　11月9日（土）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１** 東京 **２** 仙台 **３** 大阪 **４** 福岡 | 第１希望 | 第２希望 |
|  |  |

②演習

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A** 東京 ：　1月25日（土）・26日（日） **B** 大阪 ：　2月22日（土）・23日（日） | 第１希望 | 第２希望 |
|  |  |

（次ページに続く）

■研修の受講資格の確認

|  |
| --- |
| [ ] 　モニターの実務経験あり（　[ ]  経験2年以内である ） |
| [ ] 　モニターの実務経験なし |

注：　本研修対象者は、未経験者又はモニター経験概ね2年以内の方です

|  |
| --- |
| [ ] 　現在、医師主導治験または臨床研究のモニタリングを担当している |
| [ ] 　医師主導治験または臨床研究のモニタリングを担当する予定である　⇒　開始時期：　[ ] 本年度中　　[ ] 来年度　　　　　　　　　　　　　[ ] 未定　理由：　　★未定の場合は必ず理由をご記入ください　 |

注：　本研修対象者は、医師主導治験または臨床研究のモニタリング担当者（おおむね経験2年以内）、もしくは

これからモニタリング業務を行う具体的な予定がある方です

■「ｅ‐learning」の受講について

|  |
| --- |
| [ ] 　受講する[ ] 　受講しない |

受講しない方は、以下のいずれかの経験・資格が必要です。該当するものを選んでください。

[ ]  GCP下で実施された臨床試験におけるモニター経験がある

[ ]  過去2年以内にGCPに関する研修を受講した　　⇒研修内容が分かるものを添付してください

[ ]  CRC経験が2年以上ある

 　　以下の資格を有する

[ ]  日本SMO協会公認CRC[ ]  日本臨床薬理学会認定CRC[ ]  SMONA公認CRC[ ]  SoCRA 公認CRP[ ]  ACRP認定CRC・CRA[ ]  日本CRO協会CRA[ ]  JSCTR認定GCPパスポート

[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　）