|  |
| --- |
| BSI試験　参加申請書  FAX送付先　03-5294-7290　＊常時FAXは送信いただけます  平成＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 試験名：　　乳がん骨転移におけるBone scan indexの有用性に関するコホート研究  （試験省略名称：BSI試験）  研究代表者：内藤　陽一（国立がん研究センター東病院　先端医療科/乳腺・腫瘍内科） | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 研究責任者 | 印 | | 科名 | |  | |
| e-mail |  | | | | | |
| TEL |  | | FAX | |  | |
| 参加医師 | e-mail: | | | | | |
| 参加医師 | e-mail: | | | | | |
| 参加医師 | e-mail: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 参加CRC  ※ご協力いただける  場合 | 氏名： | | 所属名 | |  | |
| e-mail: | | | | | |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail: | | | | | |
| TEL |  | | FAX | |  |
| 資料送付先  ※責任医師以外の  場合  （紛失防止のため） | 〒 | | | | | |
| 氏名 |  | | 所属 | |  |
| TEL |  | | FAX | |  |
| 契約担当者 | 氏名： | | | 所属 | |  |
| e-mail : | | | | | |
| TEL |  | | FAX | |  |
| 会計担当者 | 氏名： | | | 所属 | |  |
| e-mail : | | | | | |
| TEL |  | | FAX | |  |

～ エラーメール回避のため、ご協力くださいますよう何とぞよろしくお願い申し上げます ～

≪　目標登録症例数について　≫

本試験の参加登録数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例　１

＊おしらせ

◆本申請書にご記入いただきました個人情報は、研究支援に関わる研究者との連絡、メールニュース等の配信への利用に限ります。

◆申請者（研究責任医師）は、症例集積状況の把握が可能で、有害事象の窓口となれる医師としてください。

◆その他、ご協力いただける方がおられましたら、余白にご記入ください。

◆ご変更が生じた場合には、お手数ですがデータセンターまたは事務局までご連絡ください。

一般社団法人CSPOR-BC 事務局

〒101-0021東京都千代田区外神田2-19-3

お茶の水木村ビル４階

TEL 03-5294-7288

FAX 03-5294-7290

CSPORデータセンター

〒113-0034 東京都文京区湯島1-10-5

　　　　　　　　 湯島D＆Aビル 1階

TEL　03-3254-8029

FAX 03-5298-8536

e-mail trial-bc@cspor-bc.or.jp