

別紙1 CDISC 標準セミナー申込用紙

FAX 送信用紙

宛先名 : 東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク研究センター宛
宛先 FAX 番号 : 03-5689-0726

| | |
|------------|--|
| 受講者氏名 | |
| 受講者所属 | |
| 受講者電話番号 | |
| 受講者メールアドレス | |

* 本申込み用紙は、受講者1名1枚でお使いください。本申込用紙で収集したデータは、本セミナーに関する連絡以外には利用いたしません。

お申込みは、本 FAX 用紙の送信の他、別紙2の方式での受講料振込みが必要です。本セミナーの整理番号「2008001」を必ず振込み用紙にご記入いただけますようお願いいたします。会場の収容人数には、限りがありますので、お早めにお申込みください。尚、申込みが定員に達しない場合には、当日参加も可能ですが、その場合には、会場近くの ATM 等で該当口座に必要金額を振り込み、振込み内容を証明する書類を、本申込書と一緒にご持参していただくこととなります。当日、現金による受付はできません。

| 開講日・題名 | 受講講義 | 受講料 (1回1000円) |
|-------------------------------|------|------------------|
| 平成20年5月16日(金) 第1回 CDISC 概要 | | |
| 平成20年6月27日(金) 第2回 SDTM | | |
| 平成20年7月11日(金) 第3回 SEND | | |
| 平成20年10月17日(金) 第4回 ODM | | |
| 平成20年11月14日(金) 第5回 CRT-DDS | | |
| 平成20年11月28日(金) 第6回 LAB | | |
| 合計 | 回 | 円 |