研修生申請書（様式1）

**2023年度 上級者臨床研究コーディネーター養成研修**

**様式1**

**研修生申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名・性別 | 男・女　（　　　　歳） |
| 勤務先名称（正式名称） |  |
| 所属 |  |
| 所在地（都道府県も記載） |  |
| 分類（該当箇所に○印） | 国立大学法人附属病院　　公立大学附属病院　　私立大学（附属）病院  国立高度専門医療研究センター　　国立病院機構　　公立病院  公的病院　　私立病院　　治験施設支援機構  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通常連絡先電話番号 |  |
| E-mailアドレス | ＠ |
| 職種（○で囲む） | 薬剤師　看護師　臨床検査技師　その他（　　　　　　　　　） |
| 役職名 |  |
| 医療機関又は治験施設支援機構の勤務年数 | 満　　　　　　年（通算） |
| 管理的業務の経験 | 有（経験年数　満　　　　　　　　　　　　　　年）　　・　無 |
| CRCとしての認定の有無 | 有（認定団体：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無  （認定団体：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| CRCとしての経験（実績） | 経験年数：満　　　　　　　　　　年（通算） |
| 担当プロトコール数：　　　　　　件（通算） |
| 担当症例数：　　　　　　　　　症例（通算） |
| CRCとしての経験（実績）  CRC養成研修受講経験 | 有（※当てはまるものにレ印。その他の場合、詳細を記載）   * 厚生労働省主催CRC養成研修　　（受講年度：　　　　　年度） * その他（　　　　　　　　　　　　 ；受講年度：　　　　　年度） * その他（　　　　　　　　　　　　 ；受講年度：　　　　　年度） * その他（　　　　　　　　　　 　　；受講年度：　　　　　年度）   無 |

**様式2**

研修生申請書（様式2）

**レポート**

以下の1，2について記載ください。

1. 本研修の参加における抱負。
2. CRC内のチーム力が発揮された事例やコミュニケーション不足等で困った事例について記載してください。

|  |
| --- |
| 氏名： |
|  |

**※「2023年度上級者臨床研究コーディネーター養成研修」研修担当者記入**

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