日本臨床薬理学会認定CRC制度による研修会・講習会の承認申請書

日本臨床薬理学会理事長殿

認定CRC制度委員会委員長殿

日本臨床薬理学会認定CRC制度による研修会・講習会の承認を受けたいので申請いたします。

（西暦）　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| この欄は事務局で使用しますので記入しないでください。 | |
| 承認：（　可　・　不可　）　　承認日：  承認番号：CRC- | |
| 受付番号： |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会・講習会の名称 |  |
| 主催者（団体）名 |  |
| 主催代表者 氏名 | 印 |
| 所属 |  |
| 主催者（団体）所在地 | 〒 |
| 連絡先 | Tel：　　　　　　　　　　　　　Fax： |
| E-mail： |
|  | |
| 研修会・講習会の事務局  担当者 氏名 |  |
| 担当者 所属 |  |
| 担当者 住所 | 〒 |
| 担当者 連絡先 | Tel：　　　　　　　　　　　　　Fax： |
| E-mail： |
|  | |
| 研修会・講習会  開催日 | 年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　） |
| 開催場所 会場名 |  |
| 会場住所 | 〒 |
| 総開催時間  （挨拶・休憩時間は除く） | 時間　（　　　　　日間） |
| 申請される研修会・講習会がCRCの育成に資する理由について記載ください。（200字程度） | |
|  | |

|  |
| --- |
| 研修会・講習会の開催に要する費用の供給・調達及び受講者が負担する費用が発生する場合、その費用と参加想定人数について記載ください。営利を目的としたものでないことを示す「予算内訳」について、簡単に記載してください。 |
| ●受講者が負担する費用  あり（費用：　　　　　　　円）　・　なし  予定受講者数：　　　　　　　人 |
| ●本研修会について下記の該当するものに、✓を入れてください  □　本研修会・講習会は営利目的ではありません。  　□　本研修会は受講生より参加費用を徴収しますが、会の運営に必要な費用であり、利益を得ることを目的としておりません。  ※後日、営利性の強い研修会であることが発覚した場合は、承認を取り消します。 |

|  |
| --- |
| 研修会・講習会への日本臨床薬理学会認定CRCの関わり |
| （認定CRCの氏名・認定番号を記載ください） |

承認申請要領に定める書類と共に日本臨床薬理学会に提出してください。

●添付された書類について✓を入れてください。

□プログラム

□開催要項

□事前参加登録等を必要とする場合、その締切日を明記してください　　　　年　　月　　日

□その他（以下にご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

2019.04.15より使用