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を記載してください。（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を記載してください。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。（6名以上は行を追加して記載）  ※名前を記載する旨の了承を得てから申請してください。 | | |
| 氏名 | 認定番号 | 具体的な関わり方 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

承認申請要領に定める書類を添付して、日本臨床薬理学会事務局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）

|  |
| --- |
|  |

2022.02.22より使用