様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 相談受付番号 | 処理日 |
| Con\_20　　\_ |  |

**国立成育医療研究センター　臨床研究センター**

**臨床研究相談・支援　申込書**

1. 申込年月日　　　：20　　　　年　　　　月　　　　日
2. 申込者氏名　　 ：
3. 機関名・会社名　 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　※成育外部の方のみ
4. 部署名・役職等 ：
5. 連絡先： （TEL）　　　　　　　　　　　　　　　　　成育内部の方はPHSまたは内線（　　　　　　　　）

（E-mail）

1. 希望する担当者：
2. 希望する相談実施方法： □対面 □オンライン（ZOOM, Teamsなど） □メール
3. 相談希望または可能な日時：

（第1希望）　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　　時　～　　　　　時

（第2希望）　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　　時　～　　　　　時

（第3希望）　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　　時　～　　　　　時

コメント　（ ）

ご希望に沿えない場合もございます。その場合改めて日程調整させていただきますのでご了承ください。

1. 相談内容または希望する支援内容　（経緯を含め詳細に記載して下さい。）

臨床研究相談（無料）は、原則として１回の面談での相談内容に関する助言のみになります。

臨床研究支援として労務の提供を伴う場合には、原則として有料となります。

有料の支援については、ご相談の上、お引き受けできるか検討いたします。