

LOGIK 入会申込書

平成 年 月 日

新規施設入会 会員追加入会

LOGIK の目的に賛同し、LOGIK に入会することを希望します。

施設名		
所属		
代表医師氏名		(フリガナ)
住所		〒
連絡先	TEL	
	FAX	
	E-mail	

上記施設における他の入会希望者

入会希望者氏名		(フリガナ)
連絡先	TEL	
	FAX	
	E-mail	
入会希望者氏名		(フリガナ)
連絡先	TEL	
	FAX	
	E-mail	

※ 新規施設入会の場合は、施設情報シート(別紙)と施設概要を事務局宛てご提出ください。施設概要につきましては、下記□にチェックを入れて、FAX 送信ください。

- 施設パンフレットを事務局へ郵送する
施設ホームページより概要を事務局が印刷する

FAX 送信先 : LOGIK 事務局 宛 (CReS 九州内)

(FAX) 092-631-2929 (TEL) 092-631-2920

LOGIK 施設情報シート

平成 年 月 日
記入者氏名 _____

施設名		
診療科名		
診療科の状況	臨床試験（治験を含む）への登録実績（過去1年間）	<input type="checkbox"/> 0例、 <input type="checkbox"/> 1～5例、 <input type="checkbox"/> 6～10例、 <input type="checkbox"/> 11例以上
	学会発表の実績（過去1年間） （実績がある場合 <input checked="" type="checkbox"/> 下さい。）	<input type="checkbox"/> 肺癌学会 <input type="checkbox"/> 呼吸器学会 <input type="checkbox"/> 臨床腫瘍学会 <input type="checkbox"/> 癌治療学会 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科学会 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※地方会を含む
施設の状況	施設内 IRB 又は倫理審査委員会	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	臨床研究に対する支援体制	<input type="checkbox"/> CRC（ ）名 <input type="checkbox"/> リサーチナース（ ）名 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 無
	参加している臨床研究グループ （参加している場合 <input checked="" type="checkbox"/> 下さい。）	<input type="checkbox"/> JCOG <input type="checkbox"/> WJOG <input type="checkbox"/> NHO ネットワーク共同研究 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 上記に記載して、入会申込書と一緒に、下記宛 FAX 送信して下さい。

<事務局記載欄>

病床数	
患者数（外来/入院）	
職員数（医師/看護師）	
診療科目（ 科）	
その他	

FAX 送信先：LOGIK 事務局 宛（CReS 九州内）

(FAX)092-631-2929 (TEL) 092-631-2920