

## SMONA セミナー CRC キャリア継続研修～耳鼻咽喉科領域編～ご案内

以下の通り CRC キャリア継続研修会を開催いたしますのでご案内申し上げます。

領 域：耳鼻咽喉科領域疾患（腫瘍、アレルギー性鼻炎、ほか主要疾患）  
内 容：当該領域の臨床試験（治験）に必要な知識、CRC 業務の留意点、業務事例など  
専門性を高めるための研修会です。

日 時：平成 29 年 1 月 29 日（日）12：15～17：00（11：50 より受付）

場 所：一般財団法人主婦会館 プラザエフ 9 階スズラン（東京四ツ谷）

参加対象：CRC のほか臨床試験に関わるあらゆる専門職の方。

一般に広く公募している研修会で、企業、医療機関の方も参加できます。

定 員：120 名 ※定員になり次第締め切らせていただきます。

参 加 費：お一人 15,000 円

参加申込：1 月 26 日（木）までに申込書にご記入の上 FAX またはメールでお願いします。

### …… プログラム ……

進行／SMONA 教育研修委員 高橋 弘幸  
深川 暁音

12:15～12:25

開会にあたって 黒野 富男 SMONA 事務局長 教育研修委員長

#### I 教育講演

12:25～13:25（60 分）

「医療機関における治験に関するマネジメントについて」

（質疑応答含む）

講師 佐原 貴寿 先生

日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 臨床評価部会委員

—休憩—（15 分）

#### II 耳鼻咽喉科領域の臨床試験に精通した CRC をめざして

##### 1. 基調講演

13:40～15:10（90 分）

「耳鼻咽喉科領域疾患の基本知識」

（質疑応答含む）

（病態、疾患の特徴、診断方法、治療方法、薬効評価など）

講師 大久保 公裕 先生

日本医科大学 大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 教授

—休憩—（15 分）

##### 2. CRC 業務編

15:25～15:55（30 分）

「耳鼻咽喉科領域の臨床試験コーディネート」

講師 坂本 幸子

日本医科大学付属病院 臨床研究総合センター 治験推進部門

日本臨床薬理学会認定 CRC

15:55～16:25（30 分）

「耳鼻咽喉科領域の臨床試験を経験して」

講師 梁瀬 俊子

日本医科大学付属病院 臨床研究総合センター 治験推進部門

16:25～17:00（35 分）

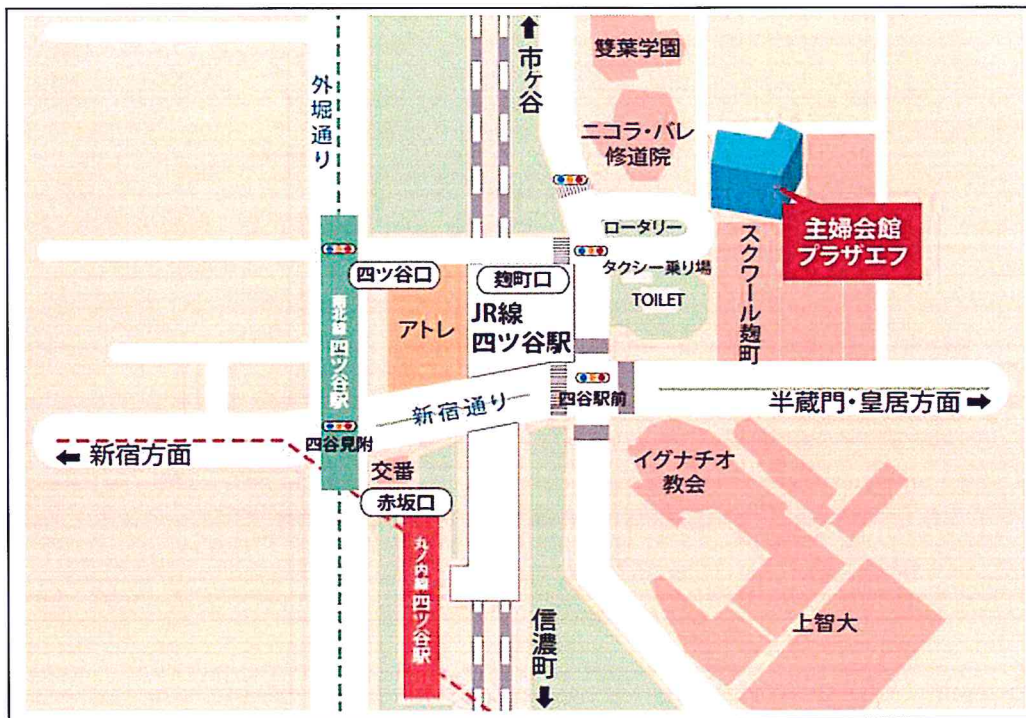
総合討議

17:00

閉 会

\*アンケートの記入にご協力をお願いいたします

SMONA セミナー  
CRCキャリア継続研修 ～耳鼻咽喉科領域編～会場ご案内



一般財団法人主婦会館 プラザエフ 9階 スズラン

住 所： 〒102-0085 東京都千代田区六番町 15  
会場TEL： 03-3265-8111

《アクセス》

- JR 四ツ谷駅 麹町口より徒歩1分
- 地下鉄丸の内線 四ツ谷駅1番出口より徒歩3分
- 地下鉄南北線 四ツ谷駅3番出口より徒歩5分

※アトレを正面に見て右手に進むとすぐ左手方向にあります。

\*研修中の飲み物などは予め各自でご用意ください。

\*空のペットボトル、ゴミなどは各自でお持ち帰りください。

\*当日やむを得ず欠席する場合は、必ず当日連絡先にご連絡ください。

当日連絡先： 090-2151-1963 (SMONA)

研修に関するお問い合わせは

03-3523-6488 SMONA事務局までお願いします。

ご参加申込FAX : 03-3523-6489

E-mail : info@smona.ne.jp

**\*お申込みは1月26日(木)までに FAX または メール でお願ひします。**

定員になり次第締め切らせて頂きますので予めご了承ください。

## SMONAセミナー・CRCキャリア継続研修～耳鼻咽喉科領域編～ 申込書

日 時 : 平成29年1月29日(日) 12:15～17:00 \*受付開始 11:50より

会 場 : 一般財団法人主婦会館 プラザエフ 9階スズラン(東京四ツ谷)

参加費 : お1人様 15,000円 ※参加費は当日会場受付にて申し受けます。

下記、全項目漏れなくご記入の上、FAX または info@smona.ne.jp へお送りください。

CRC業務経験は右記を参考に記入ください。(例: 1年半、3年、5年9ヶ月)

「資格」と「CRC認定」は該当箇所に○をご記入ください。

	研修参加者 ご氏名	役職／職種	部署名	資格				CRC認定 (公認)の有無			CRC 業務経験
				看護師	薬剤師	検査技師	その他	SMONA	学会	JASMO	
1											
2											
3											
4											
5											

会社名(ご所属機関) \_\_\_\_\_

部署名／役職名 \_\_\_\_\_

お申込ご担当者氏名 \_\_\_\_\_ 様

お申込ご担当者E-mail \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

連絡先ご住所 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

お申込年月日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 上記の情報は申込受付連絡のほか、当組合からのご案内をさせていただく以外の利用はございません。

〈お問合せ〉協同組合 臨床開発支援ネットワーク 事務局 担当: 白木 克枝

TEL: 03-3523-6488 FAX: 03-3523-6489 E-mail : info@smona.ne.jp