

## 別紙1 CDISC 標準セミナー申込用紙

# FAX 送信用紙

宛先名 : 東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク研究センター宛  
宛先 FAX 番号 : 03-5689-0726

受講者氏名	
受講者所属	
受講者電話番号	
受講者メールアドレス	

\* 本申込み用紙は、受講者1名1枚でお使いください。本申込用紙で収集したデータは、本セミナーに関する連絡以外には利用いたしません。

お申込みは、本 FAX 用紙の送信の他、別紙2の方式での受講料振込みが必要です。本セミナーの整理番号「2008001」を必ず振込み用紙にご記入いただけますようお願いいたします。会場の収容人数には、限りがありますので、お早めにお申込みください。尚、申込みが定員に達しない場合には、当日参加も可能ですが、その場合には、会場近くの ATM 等で該当口座に必要な金額を振り込み、振込み内容を証明する書類を、本申込書と一緒にご持参していただくことになります。当日、現金による受付はできません。

開講日・題名	受講講義	受講料 (1回1000円)
平成20年5月16日(金) 第1回 CDISC 概要	満席	満席
平成20年5月30日(金) 第1回 CDISC 概要 (追加)		
平成20年6月27日(金) 第2回 SDTM	満席	満席
平成20年7月4日(金) 第2回 SDTM (追加)		
平成20年7月11日(金) 第3回 SEND		
平成20年10月16日(木) 第4回 ODM(追加)		
平成20年10月17日(金) 第4回 ODM	満席	満席

平成 20 年 11 月 14 日(金) 第 5 回 CRT-DDS		
平成 20 年 11 月 27 日(木) 第 6 回 LAB(追加)		
平成 20 年 11 月 28 日(金) 第 6 回 LAB	満席	満席
合計	回	円