

問い合わせ様式

施設・所属診療科	
問合せ者氏名	
e-mail アドレス	
連絡先 (電話番号)	(日中連絡の取れる番号をお願いします)
目的	<input type="checkbox"/> 1. 治験/臨床試験に関する問い合わせ <input type="checkbox"/> 2. 愛知県がんセンターへの患者紹介受診に関する問い合わせ <input type="checkbox"/> 3. その他( )  治験・臨床試験に関する問い合わせで希望する試験に参加現在困難な場合で、他の試験への参加の可能性があった場合、その情報提供を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
がん種 (組織型)	
治療状況	<input type="checkbox"/> 標準治療終了 <input type="checkbox"/> 標準治療中→現在の治療ラインもしくはこれまで受けたレジメン数 ( )
具体的な治験名がある場合	jRCT _____ Japic _____ NCT _____ その他 _____
問い合わせ内容	

