（様式１）

医師主導治験支援業務（画像中央判定業務）

事業者募集説明会（令和３年４月９日実施分）参加申込書

和歌山県立医科大学附属病院　臨床研究センター事務室　高地　あて

ＦＡＸ：０７３－４４１－０８９５

標記説明会について、参加を希望しますので、下記のとおり提出します。

記

◆申込日

令和　　年　　月　　日

◆企業名等

　　住　所：

　　企業名：

　　代表者名：

◆事務担当者　連絡先等

担当課室名：

担当者氏名：

電話番号：

e-mail：