提出日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**日本肺癌学会臨床研究統合データベース**

**JLCS-Clinical Trial Integrated Database (JIDB)**

##### 利用申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究申請者 | | | |
| 研究タイトル |  | | |
| 研究申請者氏名 |  | | |
| 肺癌学会会員番号 |  | | |
| 所属施設 |  | | |
| 所属科・部門 |  | | |
| 職種(医師/薬剤師、等) |  | 職位（任意） |  |
| TEL |  | FAX（任意） |  |
| E-mail |  | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　　年　　 　　月　　 　　日生　　　　(　 　　歳)　提出日時点 | | |
| 職歴/経歴  (過去5年程度) |  | | |
| 所属学会 |  | | |
| これまでの業績  (発表または論文: 最大3～5報程度） |  | | |
| 専門医等資格 |  | | |

以下ご確認の上でチェックをお願いします.

* 本申請書を提出し提案研究が承認された場合、統計解析費用及び統計報告書作成費用として合計60万円（+消費税）を日本肺癌学会に支払う必要があることを理解し、支払いに同意します。（支払いは研究計画書と倫理委員会承認証を提出頂いた後になります。詳細は日本肺癌学会ホームページ上の“JIDB利用研究　申請からのフロー“をご確認下さい）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究責任者 | | | |
| * 研究申請者と同じ（この場合、下記記載は省略可） | | | |
| 研究責任者氏名 |  | | |
| 肺癌学会会員番号 |  | | |
| 所属施設 |  | | |
| 所属科・部門 |  | | |
| 職種 |  | 職位 |  |
| TEL |  | FAX（任意） |  |
| E-mail |  | | |

送付先：

E-mail：[office@haigan.gr.jp](mailto:office@haigan.gr.jp)

連絡先：

日本肺癌学会事務局

〒103-0027　東京都中央区日本橋3-8-16　ぶよおビル4階

TEL：03-6225-2776 FAX：03-3272-8655