

SMONA セミナー
臨床試験（治験）のインフォームドコンセント体験研修のご案内
～CRC のための模擬患者参加によるロールプレイ実践～

下記の通り「臨床試験（治験）のインフォームドコンセント体験研修」を開催いたします。
模擬患者さんとのロールプレイを通して、より良い同意説明とは何かを実践的に学びます。

記

日 時：平成 28 年 10 月 30 日（日）9：50 ～ 16：30（9：30 より受付）

会 場：日本印刷会館 2 階 大会議室（別紙地図参照）

〈研修内容〉

講師の講義と、模擬患者さんとの 1 対 1 のロールプレイを参加者全員が体験する研修会です。経験を積んだ模擬患者さんは 7 名参加、性格・設定は 7 パターンです。直接フィードバックを受けることで、気がつかなかった自分の会話の傾向を発見し、被験者対応に必要な CRC のコミュニケーションスキルを磨きます。日本臨床薬理学会認定 CRC がアドバイザーとして参加します。

同意説明文書：糖尿病、高血圧の 2 種（事前にお配りします）

受講対象者：望ましくは実務歴 1 年以上の CRC の方ですが特に制限はありません。受講者を一般に広く公募している研修会で、企業、医療機関の CRC の方も参加できます。

講 師：中野重行 先生
大分大学 名誉教授
創薬育薬医療コミュニケーション協会 代表
臨床試験支援財団 理事長，日本臨床薬理学会 元理事長

模擬患者協力：NPO 法人 響き合いネットワーク東京 SP の会／神永貞信 事務局長 他
全国の医、歯、薬学部などの機関に模擬患者を派遣し学生の医療面接実習や客観的臨床技能評価試験等を通して医療関係者のコミュニケーションの向上に貢献。

参加費：お一人 13,000 円

参加申込：10月7日(金)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。

……… タイムスケジュール ………

- 9：50 開会挨拶 黒野富男 SMONA 事務局長 教育研修委員長
- 10：00 講 演 「医療コミュニケーションの視点から見た臨床試験」
講 師 中野重行 先生
- 10：20 模擬患者参加による治験のインフォームドコンセント・ロールプレイ実践
- 11：40 休 憩 （昼 食）
- 12：35 模擬患者参加による治験のインフォームドコンセント・ロールプレイ実践
- 15：10 グループディスカッション
- 15：30 ロールプレイングの振り返り
- 16：00 講師によるまとめ、質疑応答
- 16：30 閉 会 ※アンケートにご協力をお願いいたします

※研修の振り返りのために録画・撮影を予定しております。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。
なお撮影したものは研修のみに使用し目的以外には使用いたしません。

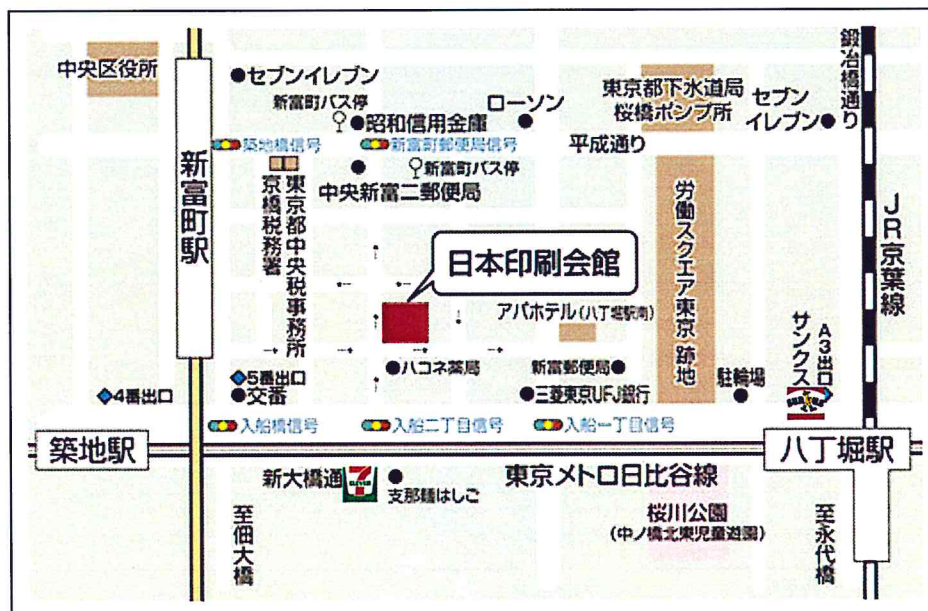
SMONAセミナー

臨床試験（治験）のインフォームドコンセント体験研修会場のご案内

日本印刷会館 2階 大会議室

住 所：東京都中央区新富1丁目16番8号

T E L：03-3551-5011



アクセス

- 地下鉄有楽町線 新富町駅 5番出口 徒歩5分
- 地下鉄日比谷線 八丁堀駅 A3出口 徒歩8分
- 〃 築地駅 4番出口, 3番出口 徒歩8分
- JR京葉線 八丁堀駅改札口より A3出口 徒歩10分

*筆記用具をご持参ください。

*研修中の飲み物などは予めご用意ください。

*会場周辺は食事ができる場所が少ないため、各自昼食を持参されることをお勧め致します。会場内での飲食は可能です。

*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。

《当日の連絡先》

TEL 090-2151-1963 (SMONA) 事務局 白木

*そのほかご不明な点は下記へお問合せをお願いします。

協同組合 臨床開発支援ネットワーク 事務局 TEL 03-3523-6488

ご参加申込FAX : 03-3523-6489

E-mail : info@smona.ne.jp

***お申込みは10月7日(金)までに FAX または メールでお願いします。**
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・臨床試験(治験)のインフォームドコンセント体験研修 申込書

日 時 : 平成28年 10月 30日(日) 9:50~16:30 * 受付開始 9時30分

会 場 : 日本印刷会館 2階 大会議室

参加費 : お1人様 13,000円 (資料付き) * 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ご記入ください。(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28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