

SMONA セミナー CRC キャリア継続研修～皮膚科領域編～ご案内

以下の通り CRC キャリア研修会を開催いたしますのでご案内申し上げます。

領 域：皮膚科（乾癬、アトピー性皮膚炎を中心として）

内 容：当該領域の臨床試験（治験）に必要な知識、CRC 業務の留意点、業務事例など
専門性を高めるための研修会です。

日 時：平成 28 年 7 月 31 日（日）12:30～17:00（12:10 より受付）

場 所：主婦会館プラザエフ 7階 カトレア（東京都四ツ谷）

参加対象：CRC のほか臨床試験に関わるあらゆる専門職の方。

一般に広く公募している研修会で、企業、医療機関の方も参加できます。

定 員：120名 ※定員になり次第締め切らせていただきます。

参加費：お一人 15,000円

参加申込：7月22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。

……… プログラム ………

進行/SMONA 教育研修委員 大本 達也
深川 暁音

12:30～12:35 開会にあたって

黒野 富男 SMONA 事務局長 教育研修委員長

I 教育講演

12:35～13:35（60分）「治験における感覚の評価－皮膚科領域での痒みの VAS 評価の
重要性について－」

講師 宮崎 雅彦 先生

医療システム研究所 次長，東京薬科大学 非常勤講師

－休憩－（10分）

II 皮膚科領域の臨床試験に精通したCRCをめざして

1. 基調講演

13:45～15:15（90分）「皮膚疾患の基本知識」

（病態、疾患の特徴、診断方法、治療方法、薬効評価など）

講師 佐伯 秀久 先生

日本医科大学 大学院医学研究科 皮膚粘膜病態学分野 大学院教授

－休憩－（10分）

2. CRC業務編

15:25～15:40（15分）「CRCとコンプライアンス」

講師 柏熊 留里子

川崎市立多摩病院 治験管理室 日本臨床薬理学会認定CRC

15:40～16:10（30分）「乾癬に対する臨床試験の支援について」

講師 梁瀬 俊子

日本医科大学附属病院 臨床研究総合センター治験推進部門

16:10～16:40（30分）「アトピー性皮膚炎に対する臨床試験の支援について」

講師 坂田 道子

日本医科大学附属病院 臨床研究総合センター治験推進部門

16:40～17:00（20分） 総合討議

17:00 閉 会

*アンケートのご記入にご協力をお願いいたします。

SMONA セミナー
CRCキャリア継続研修 ～皮膚科領域編～会場ご案内



一般財団法人主婦会館 プラザエフ 7階 カトレア

住 所： 〒102-0085 東京都千代田区六番町 15
会場TEL： 03-3265-8111

《アクセス》

- JR 四ツ谷駅 麴町口より徒歩1分
- 地下鉄丸の内線 四ツ谷駅1番出口より徒歩3分
- 地下鉄南北線 四ツ谷駅3番出口より徒歩5分

※アトレを正面に見て右手に進むとすぐ左手方向にあります。

- *研修中の飲み物などは予め各自でご用意ください。
- *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下記へご連絡をお願いします。

当日連絡先： 090-2151-1963 (SMONA)

研修に関するお問い合わせは
03-3523-6488 SMONA事務局までお願いします。

ご参加申込FAX : 03-3523-6489

E-mail : info@smona.ne.jp

***お申込みは7月22日(金)までに FAX または メール でお願ひします。**
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・CRCキャリア継続研修～皮膚科領域編～ 申込書

日 時 : 平成28年7月31日(日) 12:30~17:00 *受付開始 12:10より

会 場 : 主婦会館プラザエフ 7階 カトレア(東京都四ツ谷)

参加費 : お1人様 15,000円 ※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 _____ 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