ご記入日：平成　　　年　　　月　　　日

**「HTRネット」へのネットワーク登録書**

**■ 1 ■ 医療機関に関する情報**

* 正式名称：
* 郵便番号：
* 所 在 地：
* 代表電話番号：
* ファクス番号：
* 医療機関代表E-mailアドレス：

**■ 2 ■ 実務担当者**（院長，医師，薬局長，治験担当の方等に主にご登録いただいています）

* 氏名（ふりがな）：
* （よろしければ）専門科目：　　　　　　　　　　・役職名：
* 直接連絡をとれる**電話番号**※2：
* E-mailアドレス：

**■ 3 ■ 事務担当者**（HTRからの情報を受け取り，回覧の手配をしていただく等）

* 氏名（ふりがな）：
* 役職名または担当名等：
* 直接連絡を取れる**電話番号**※2：
* E-mailアドレス：
* 1：これらの情報はHTRで厳重に管理いたします．各項目について可能な限り**もれなく**ご記入

願います．項目に該当がない場合は**「なし」**とご記入願います．

* 2：電話番号は，直接連絡をとれる番号，内線番号などをお知らせ願います．
* 3：この用紙は，FAXでHTRへお送りいただくか，これらの内容をメールでお知らせ願います．
* 4：実務担当者，事務担当者を複数名ご登録いただける場合は，大変お手数をおかけしますが，

本紙をコピーしていただき，ご担当者様についてご記入の上，お知らせいただけますと幸いです．

★メールアドレスは，可能な限り，それぞれ違うアドレスのご登録をお願いいたします．

● 送付先，お問い合わせ先 ●

FAX：011-706-7859  Mail：htr-web@med.hokudai.ac.jp

TEL：011-706-5163

北海道臨床開発機構　ネットワーク管理部（担当：岡村，中村，出口）