肺癌EGFR遺伝子変異検査の検査精度に関する調査研究

研究事務局　受付担当宛

（\*メール送信先：spath-cdxres@huhp.hokudai.ac.jp）

参 加 申 込 書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 　 |
| 連絡先 |  郵便番号 | 000-0000 |
|  所在地 | 　 |
|  TEL | 　 |
|  FAX | 　 |
| 病理部門代表者 |  お名前 | 　 |
|  Eメール | 　 |
| 連絡担当者※同上の場合は不要です |  お名前 | 　 |
|  Eメール | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ご施設で採用しているEGFR変異検査法\*\* | ①測定試薬（メーカー名・キット名など）②測定機器（メーカー名・機種名など） |

\* お申し込み後一週間以内に事務局より連絡がない場合は下記にご連絡下さい．

　　精度管理委員会・担当委員　畑中　豊：　yhatanaka@huhp.hokudai.ac.jp

\*\* 本調査研究は，肺癌EGFR変異検査を院内実施している施設を対象としております．