

仮登録申請書

必ず、すべての項目をご記入下さい

施設名称	
住所	〒
研究責任者の方の連絡先	
氏名(役職)	()
電子メールアドレス	@
研究担当者の方の連絡先	
氏名(役職)	()
ふりがな	
電話番号	() —
FAX番号	() —
電子メールアドレス	@
希望するユーザID*	第一希望： 第二希望： 第三希望：
以下、アンケートに答えたことのない施設のみ、お答え下さい	
年間CPAOA症例数	例
院外心肺停止例に対する年間PCPS施行例数	例
上記PCPS施行症例の中の favorable outcome (機能良好 (CPC1)または中等度障害 (CPC2)、またはそれに準ずるもの)の転帰の症例数	例
参加を希望する群	PCPS群 ・ コントロール群

注1) 万が一、希望するユーザIDが既に発行済みの場合には、こちらで、施設名に基づいたユーザIDを発行いたします。