

送付先

E-mail : info@j-sctr.org
 FAX : 03-5206-4002

日本臨床試験学会 入会申込書 <正会員・学生会員>

基本情報 (※は必ず入力してください)

会員種別(※)	<input type="text"/>	◀ ドロップダウンリストからいずれを選択してください。 学生会員の方は学生証明書等のコピーをお送りください。 ▶ 学生会員の方のみ入力してください。
在学期間(学生会員のみ)	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで在学予定	
会費納入予定日(※)	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
氏名	漢字(※)	<input type="text"/>
	フリガナ(※)	<input type="text"/>
	ローマ字(※)	<input type="text"/>
生年月日(※)	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
性別(※)	<input type="text"/>	◀ ドロップダウンリストからいずれかを選択してください。

連絡先情報

発送先(※)	<input type="text"/>	◀ ドロップダウンリストから連絡先を選択してください。自宅を選択された方は自宅情報を必ず入力してください。
所属機関名(※)	<input type="text"/>	
	▲ 大学名、会社名等を正式名称で入力してください。例：一般社団法人 日本臨床試験学会	
所属機関(業種)(※)	<input type="text"/>	◀ ドロップダウンリストから所属機関(業種)を選択してください。
所属部署(※)	<input type="text"/>	◀ 学部名、部署名等を入力してください
所属職名	<input type="text"/>	◀ 教授、講師、部長等職名を入力してください。
所属先住所(※)	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> ▼ 住所はビル名も必ず記入してください。	
	<input type="text"/>	
所属先 電話番号(※)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	内線 <input type="text"/>
所属先 FAX	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
メールアドレス(※)	<input type="text"/>	
自宅住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> ▼ 発送先を「自宅」と選択された方は、自宅住所、電話番号、FAXを必ず入力してください	
	<input type="text"/>	
自宅電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
自宅FAX	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

その他 追加情報

国家資格(※)	<input type="text"/>	◀ ドロップダウンリストから国家資格を選択してください。	
主たる職務領域(※) (複数選択可)	▼ ドロップダウンリストから職務領域(最大3種類まで)を選択してください。		
	職務領域 1	職務領域 2	職務領域 3
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

事務局使用欄	受付年月日	<input type="text"/>	申込み番号	<input type="text"/>
	入会年月日	<input type="text"/>	会員番号	<input type="text"/>

※ 取得させていただいた個人情報について、①本人の会員管理に限り利用させていただきます。
 ②情報の漏洩、滅失がないよう安全管理措置を講じます。③第三者への提供は一切いたしません。