

送付先
E-mail : staff@j-sctr.org
FAX : 03-5256-7480

日本臨床試験研究会 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="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 学生会員	◀ 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。
在学期間(学生会員のみ)	西暦 [] 年 [] 月 まで在学予定	◀ 学生会員の方のみ入力してください。
会費納入予定日(※)	西暦 [] 年 [] 月 [] 日	
氏名	漢字(※)	◀ 全角で入力してください。例：日本 太郎
	フリガナ(※)	◀ 全角で入力してください。例：ニホン タロウ
	ローマ字(※)	◀ 半角で入力してください。例：Nihon Taro
生年月日(※)	西暦 [] 年 [] 月 [] 日	
性別(※)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	◀ いずれかを選択してください。

連絡先情報

発送先(※)	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅 ◀ 機関誌、会費請求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(※)	[] ▲ 大学名、会社名等を正式名称で入力してください。例：一般法人 日本臨床試験研究会
所属機関(業種)(※)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 製薬企業 <input type="checkbox"/> 医療機器企業 <input type="checkbox"/> CRO <input type="checkbox"/> SMO <input type="checkbox"/> 大学・大学院 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他 [] ◀ いずれかを選択してください。
所属部署(※)	[] ◀ 学部名、部署名等を入力してください
所属職名	[] ◀ 教授、講師、部長等職名を入力してください。
所属先住所(※)	〒 [] - [] ▼ 住所はビル名も必ず記入してください。 []
所属先 電話番号(※)	[] - [] - [] 内線 []
所属先 FAX	[] - [] - []
メールアドレス(※)	[]
自宅住所	〒 [] - [] ▼ 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 []
自宅電話番号	[] - [] - []
自宅FAX	[] - [] - []

その他 追加情報

国家資格(※)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他 [] <input type="checkbox"/> なし
主たる職務領域(※) (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 開発担当者 <input type="checkbox"/> プロジェクトマネージャー <input type="checkbox"/> 臨床研究コーディネーター(CRC) <input type="checkbox"/> 治験事務局 <input type="checkbox"/> メディカルライター <input type="checkbox"/> 薬事担当者 <input type="checkbox"/> IRB委員 <input type="checkbox"/> QC・QA担当者 <input type="checkbox"/> 統計家 <input type="checkbox"/> GMP担当者 <input type="checkbox"/> 行政担当官・審査官 <input type="checkbox"/> IT専門家 <input type="checkbox"/> 知的財産担当者 <input type="checkbox"/> 臨床試験専門職の教育・養成に当たる教員、研修担当 <input type="checkbox"/> メディア <input type="checkbox"/> 医師・研究者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 []

事務局使用欄	受付年月日	[]	申込み番号	[]
	入会年月日	[]	会員番号	[]

※ 取得させていただいた個人情報について、①本法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。