

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 <賛助会員(個人)>

基本情報 (※は必ず入力してください)

会員種別	賛助会員(個人)		
賛助会費 登録口数(※)	一口 10,000円 ×	<input type="text"/>	= <input type="text"/> 円 ◀ 賛助会費 登録口数を入力してください。
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(※)	姓名 <input type="text"/>	◀ 全角で入力してください。例：日本 太郎
	フリガナ(※)	姓名 <input type="text"/>	◀ 全角で入力してください。例：ニホン タロウ
	ローマ字(※)	姓名 <input type="text"/>	◀ 半角で入力してください。例：Nihon Taro
生年月日(※)	西暦	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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(※)	<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"/> その他 [ <input type="text"/> ] ◀ いずれか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。		
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		
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="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="text"/> ] <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 [ <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。