

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(団体)>

基本情報

会員種別	賛助会員(団体)		
賛助会費 登録口数(※)	一口 100,000円 ×	<input type="text"/>	口 = <input type="text"/> 円 ◀登録口数を入力してください。
領収書発行(※)	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要	◀ いずれかを選択してください。
会費納入予定日(※)	西暦	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
御社名	漢字(※)	<input type="text"/>	
	フリガナ(※)	<input type="text"/>	
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 [<input type="text"/>] ◀ いずれかを選択してください。		
代表者氏名(※)	<input type="text"/>		◀ 全角で入力してください。例: 日本 太郎
代表者役職名(※)	<input type="text"/>		◀ 社長、役員、部長等を入力してください。

連絡先情報(※書類送付先を入力してください)

所在地(※)	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	▼ 住所はビル名も必ず入力してください。
電話番号(※)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	内線 <input type="text"/>
FAX	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
担当部署(※)	<input type="text"/>	
担当者氏名(※)	<input type="text"/>	
メールアドレス(※)	<input type="text"/>	
ホームページ/URL	<input type="text"/>	
通信欄	<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。