

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 <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(※)	<input type="text" value="賛助会員(個人)"/>		
在学期間(学生会員のみ)	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(※)	<input type="text"/>	◀ 全角で入力してください。例：日本 太郎
	フリガナ(※)	<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(※)	<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="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。		
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="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。