

臨床試験受託事業協会

入会申請書

会員分類：1. 機関会員 入会金20万円 年会費40万円 2. 個人会員 入会金2万円 年会費2万円		
機関名 又は 個人名		
住所	〒	
電話		Fax
URL		
連絡先	〒	
電話		Fax
E-mail		
機関代表会員名又は個人会員名		
所属・役職		
主たる業務又は活動（複数可）活動内容 1. 治験実施医療機関 2. SMO 3. CRO 4. その他（ ）		
所属希望委員会（複数可） 1. 臨床薬理委員会 2. 学術教育委員会 3. 医学ボランティア保護委員会	旧臨試協既登録の他の関連機関名	
被験者照合システム利用の有無*) 有 ・ 無		

*) 被験者照合システムの登録・照合費用は別費用となります。

機関会員の場合は、下記に機関一般会員を登録して下さい。

フリガナ 氏名	所属	希望研究委員会
		1. 臨床薬理 2. 学術教育 3. 医学ボランティア保護
		1. 臨床薬理 2. 学術教育 3. 医学ボランティア保護
		1. 臨床薬理 2. 学術教育 3. 医学ボランティア保護
		1. 臨床薬理 2. 学術教育 3. 医学ボランティア保護
		1. 臨床薬理 2. 学術教育 3. 医学ボランティア保護

臨床試験受託事業協会会員になることを申請いたします。

平成 年 月 日

申請人 _____ 印