

臨床試験受託事業協会

(記入見本)

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	医療法人社団 AB研究所		
住所	〒102-0074 東京都千代田区九段南3-8-8 第二稲穂ビル5F		
電話	03-3512-2575	Fax	03-3512-2576
連絡先	〒102-0074 東京都千代田区九段南3-8-8 第二稲穂ビル5F		
電話	03-3512-2575	Fax	03-3512-2576
機関代表会員名又は個人会員名	臨床 太郎		
所属・役職	臨床薬理部長		
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 ( )	臨床試験の実施、CRCの育成 治験実施医療機関の機能整備		
所属希望部会(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	旧臨床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 <input checked="" type="radio"/> . 無 <input type="radio"/>		

\*) 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	希望研究部会
チヨダ タロウ 千代田 太郎	AB 研究所	①. 臨床薬理 ②. 学術教育 ③. 医学ボランティア保護
クワン ハコ 九段 花子	AB 研究所	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します。

また、上記の者を機関一般会員として推薦いたします。

平成20年11月6日

機関代表会員 臨床 太郎 印