

入会申込書【正会員】

申込み日(西暦)

年 月 日

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		生年月日(西暦)	年 月 日
ご連絡用E-mail			

ご連絡先(ご自宅、勤務先どちらかにご記入下さい)

ご 自 宅	住 所(〒)
	電話番号
	FAX番号
勤務先・機関名	名 称
	所属・役職
	所在地(〒)
	電話番号
	FAX番号
ご所属先業種	<input type="checkbox"/> 大学・医育機関 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 製薬企業・関連企業 <input type="checkbox"/> メディア関連 <input type="checkbox"/> その他
関心分野	

年会費請求書	請求書宛名
ご希望の方	請求書送付先(上記と異なる場合)

申込書送付先: 特定非営利活動法人臨床研究適正評価教育機構(J-CLEAR)事務局 mail: japanjclear@gmail.com

〒160-0008 東京都新宿区三栄町 8-37 四ッ谷ビジネスガーデン 214

TEL 03-3358-1926 FAX 03-3358-1954

お振込先: みずほ銀行 大山支店(店番号628) 普通 1116981

口座名義: トクヒ)リンシヨウケンキュウテキセイヒヨウカキヨウイクキコウ

※ご入会に際してご記入いただいた上記個人情報は、当機構からの連絡以外の目的で使用いたしません。

