

(様式1)

入会申込用紙

一般社団法人
日本臨床研究安全評価機構 御中

医療機関名	
代表者名	(研究代表者名義:)
住所	〒 - / (都・道・府・県) (市・区・郡)
TEL / FAX	/
Eメール	
会費納入先	自動引き落としの用紙をお送りいたします。決済代行会社(株式会社カワイアシスト)と銀行間でのお手続きに2か月ほど要しますので、初めの2か月分はご請求書でのお振込みになります。 三井住友銀行 芦屋駅前支店(店番号380) 普通 4493762 シャ)ニホンリンショウケンキュウアンゼンヒョウカキコウ

※ 私は、貴審査機構のシステム利用料として、月額15,000円(税別)を収めることに同意致します。

入会申し込み日 年 月 日

氏名 印

FAX送信先:0866-93-7099