

# 特定非営利活動法人 臨床研究・教育支援センター入会申込書

(団体賛助会員用)

下記の通り、特定非営利活動法人 臨床研究・教育支援センターの目的に賛同し入会を申し込みます。

・賛助先に○印をして下さい。

年 月 日

- (○) 0. 運営本部 団体名
- ( ) 1. 社会人医学教育部門
- ( ) 2. 臨床試験推進部門
- ( ) 3. 生体材料保存提供部門
- ( ) 4. 監査病理部門 代表者氏名
- ( ) 5. 医工連携研究部門 ⑩
- ( ) 6. バイオビジネスセンター
- ( ) 7. 健康増進支援部門

## 登録情報記入欄

団体名	漢字		
	カタカナ		
代表者	氏名	漢字	
		カタカナ	
	役職		
所在地	住所		〒
	TEL		内線( )
	FAX		
登録担当者	氏名	漢字	
		カタカナ	
	連絡先	住所	
	□所在地 に同じ	TEL	内線( )
		FAX	
	役職・部署		
E-mail			
□数	□		

**※注意事項**

- ・上表の所定欄をご記入の上、下記まで郵送またはFAXでお送り願います。
- ・お申込頂きました個人情報につきましては当法人の活動等に関する目的以外には使用致しません。

特定非営利活動法人 臨床研究・教育支援センター  
〒565-0871 吹田市山田丘2-2  
大阪大学大学院医学系研究科 共同研究棟8階  
TEL/FAX 06-6877-3555

事務記入欄	受付日		入金日	会員NO.	事務記入欄
		新規・継続			