

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

(正会員用)

下記のとお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。

年 月 日

氏名 _____

会員情報記入欄

氏名	漢字	
	カタカナ	
自宅 <input type="checkbox"/> 連絡先に指定	住所	〒
	TEL	
	FAX	
勤務先 <input type="checkbox"/> 連絡先に指定	住所	〒
	TEL	(内線)
	FAX	
	名称	
	役職・部署	
E-mail		

※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	区分	会員NO.	事務記入欄
		新規・継続				