日本がん臨床試験推進機構(JACCRO)入会申込書（2021 年度）

Application form for Japan Clinical Cancer Research Organization

下記の通り、貴機構の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

会員種別 （ご選択（チェック）ください）		□　団体会員（施設）年会費：20,000 円		入会年度 ※会計期間は 4/1～3/31	年
所属機関	機関名		診療科		
	住　所	〒			
	TEL		FAX		
臓器別グループ （複数選択可）		※希望するグループをご選択（チェック）ください □ 胃　□ 大腸　□ 乳腺　□ 婦人科　□ 肺　□ 膵臓			

代表者	ふりがな	
	代表者名	
	メールアドレス	
団体会員（施設）会員氏名	ふりがな	
	会員氏名①	
	メールアドレス	
	ふりがな	
	会員氏名②	
	メールアドレス	
	ふりがな	
	会員氏名③	
	メールアドレス	

※ 貴施設、診療科の代表者が責任者となります。各行事のご案内は会員の皆様へご連絡いたしますが、年会費に関しましては代表者のみにご連絡いたしますので、代表者変更の際は当事務局までご連絡ください。

※ 本申込書で会員となる方は、皆様同じ診療科の方のみとなります。診療科が異なる場合は、別途お申し込みとなります。（１施設１診療科ごと）

迷惑メール対策等でドメイン指定受信を設定されている場合は、メールが正しく届かないことがあります。
右記のドメインを受信できるように設定お願いいたします。「@jaccro.or.jp」

特定非営利活動法人　日本がん臨床試験推進機構（JACCRO）事務局
〒101-0051　東京都千代田区神田神保町一丁目 64 番地　神保町協和ビル６階
TEL：03-6811-0455　FAX：03-6811-0456　E-mail：jaccro_admission@jaccro.or.jp

◆入会申込みからの流れ

＊本申込書に必要事項をご記入の上、当事務局までメール、FAX または郵送ください。会員情報の登録手続きが完了しましたら、初年度会費請求書と初年度会費納入専用の払込取扱票をお送りいたしますので、お近くの郵便局または金融機関にてお振込みください。

※入会申込時にご登録頂いた情報は、責任をもって管理し、学会活動や運営以外に利用されることはありません。

◇受付日	◇管理番号

◇事務局記入欄　Ver.HP202104