

日本がん臨床試験推進機構(JACCRO)入会申込書

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

年会費	☐ 年会費：10,000 円		入会年度 ※会計期間は 4/1～3/31	年
住 所	〒			
ふりがな				
氏 名				
TEL		FAX		
メールアドレス				
種 別 (該当項目に チェックお願い いたします)	☐ 一般の方 ☐ JACCRO 臨床試験に参加した患者さんとそのご家族の方 ☐ メディカルスタッフの方 ☐ 臨床研究に興味のある医師の方 ☐ その他 JACCRO 活動に賛同していただける方			

※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」

◆お問い合わせ先

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銀行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.202304