　　　　　年　　月　　日

特定非営利活動法人

臨床試験支援センター 理　事　長　殿

　　　　　　 　 　　住所 〒　 　－

TEL 　 　 － －

FAX　 　 － －

法人名

ご担当者様

E-mail

賛助会員（団体）申込書

特定非営利活動法人「臨床試験支援センター」の趣旨に賛同し、ここに会員申し込み致します。

1. 送金金額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

上記金額を令和　　年　　月　　日に賛助会員費として下記口座に振り込みました。

1. 会員費細目

入会金　50,000円、年会費1口　200,000円

｛賛助会員（団体）の皆様には入会金及び1口以上の年会費をお願いしております。｝

※当法人では、皆様よりご提供いただきました個人情報（住所・電話番号・E-mailアドレス等）に関しましては、プライバシー保護に関わる法令を遵守し、厳重に管理いたします。なお、NPOの運営目的以外に第三者に開示することはいたしません。但し、他目的で使用させて頂く場合は、ご本人の同意を得たうえで使用させていただきます。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*【この線より上の部分ご記入のうえご送付・お振込みをお願致します】\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

＜振込先＞

三菱UFJ銀行　府中支店　普）0075808

＜お問合せ先＞

特定非営利活動法人　臨床試験支援センター

〒194-0011　東京都町田市成瀬が丘三丁目11番地4

電話　042－810－2229　　Fax　042－796－7555