

研究協力施設登録申込書

※記入漏れや、間違いが多い場合は、翌月以降の登録になることがあります。
 ※鉛筆・フリクションペンの使用は不可となります。消えないペンで記入ください。
 ※必ず、申込者自身で記入ください。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

フリガナ 病院・診療所 クリニック名				印
フリガナ 代表者氏名	生年月日	性別		
	昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
フリガナ 所在地	〒			
TEL (代表)	() -	TEL (直通)	() -	
FAX	() -	携帯	<input type="checkbox"/> 代表者携帯 <input type="checkbox"/> 担当者携帯 () -	
フリガナ 担当者氏名		フリガナ 担当部署名		
フリガナ メールアドレス	@			
	最新の情報やお知らせをメールで送らせて頂いてよろしいですか。 ⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
フリガナ ホームページ URL				

■報酬受取口座（口座名義は申込者と同一名義に限ります）

金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 信用組合 信用金庫 農協				支店 出張所		口座番号 (右からつめてご記入ください)			
	金融機関コード		支店コード		預金種別	1 普通 2 当座 (総合口座)				
ゆうちょ銀行	機関コード	9900	通帳記号	1	0	の	通帳番号 (右からつめて ご記入ください)			
フリガナ										
口座名義										

一般財団法人日本先端医療財団
 〒531-0072 大阪府大阪市北区豊崎2-7-5

(ご連絡窓口) TEL 03-5542-1597 FAX 03-4333-0803

【症例研究事務局】株式会社健康・医療維新
 〒103-0028 東京都中央区八重洲1-8-17 新横町ビル6F

受付時間 平日:午前10時~午後5時(土、日曜日・祝日は受け付けておりません)