

# 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。消えないペンでご記入ください。  
 ※必ず、申込者自身でご記入ください。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

フリガナ				印
病院・診療所 治療院名				
フリガナ	生年月日		性別	
代表者氏名	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	フリガナ			
担当者氏名	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 (総合口座)	2 当座			
ゆうちょ銀行	機関コード	9 9 0 0	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) 及び  
 【研究提携】一般社団法人日本先進医療臨床研究会  
 〒103-0028 東京都中央区八重洲1-8-17新横町ビル6F  
 (事務局・株式会社健康長寿医療維新)

(ご連絡窓口) TEL 0 3-5542-1597 FAX 0 3-4333-0803

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)