　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

治験情報掲載申込書

公益財団法人難病医学研究財団

　理事長　大　塚　義　治　殿

公益財団法人難病医学研究財団のホームページ「治験情報コーナー」への情報掲載を希望いたします。

申　込　者

法　人　名　：

代　表　者

役職・氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

ご　住　所　：

電話番号　：

掲載情報：

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 対象疾病名 |  |
| 患者募集サイトＵＲＬ |  |
| 掲載希望期間 | 年　　月　　日　～　　月　　日（予定） |

ご担当者

ご　所　属　：

ご　氏　名　：

メールアドレス　：

※　治験情報の掲載申込みについては、事前に当財団事務局へご相談ください。