令和　　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　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」への情報掲載を希望いたします。

治験の名称　：

実施責任組織　：

代表者役職・氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 対象疾病名 | ※指定難病告示番号を（　）にて記載 |
| リンクページ |  |
| 実施機関 |  |
| 掲載希望期間 | 　　　　　年　　月　　日　～　　月　　日（予定） |

掲載情報

ご担当者　ご　所　属　：

　　　　　　ご　氏　名　：

　　　　　　ご　住　所　：

　　　　　　電話番号　：

　　　　　　メールアドレス　：