

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 : \_\_\_\_\_ (印)

### 掲載情報

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)

ご担当者 ご所属 : \_\_\_\_\_

ご氏名 : \_\_\_\_\_

ご住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

メールアドレス : \_\_\_\_\_