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。

研究の種別		医師主	導治験	いずれかに○印をおつけください。		
		企 業	治 験			
研究名称						
実施責任組織						
代 表 者役職・氏名						
本治験に関する広告会社等への委託・患者募集専用サイトの有無についてご記入ください。						
無 • 有	内容()
□掲載情報						
対象疾病名						
指定難病告示番号を()で記入						
リンクページ						
実施機関						
掲載希望期間	年	月	日	~ 年	月 日(予定)	
□担当						
所 属						
氏 名						
住 所						
電 話 番 号						
メールアドレス						