

## 《慶友会 治験友の会》会員登録確認書

◆下記について、該当する欄へチェックを入れてください。

1. 慶友会 治験友の会に登録しますか？
- 登録します。 → ( 3. 連絡先へ)
- 登録しません。

ご登録いただいた方には、治験情報のご案内を送らせていただきます。

2. 登録しない方で、今後も、治験情報のお知らせや、イベントのご案内を希望しますか？
- はい → ( 3. 連絡先へ)
- いいえ

3. 連絡先を、ご記入ください。  
ご家族、ご友人でご紹介いただける方がいる場合は、連絡先を裏面にご記入ください。

お名前		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご住所 ※必須	〒 _____	
TEL ※必須	第一優先：	
	第二優先：	
FAX		
メール アドレス	PC：	@
	携帯：	@

4. ご質問、ご要望などをご記入ください。

( )

5、ご家族、ご友人と一緒に登録希望の方、治験に興味があるという方がいらっしゃいましたら、連絡先のご記入をお願いいたします。

お名前		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご住所 ※必須	〒	
TEL ※必須	第一優先：	
	第二優先：	
FAX		
メール アドレス	PC：	@
	携帯：	@

お名前		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご住所 ※必須	〒	
TEL ※必須	第一優先：	
	第二優先：	
FAX		
メール アドレス	PC：	@
	携帯：	@