



筋ジストロフィー臨床試験ネットワーク  
加 盟 申 請 書 (新 規)

筋ジストロフィー臨床試験ネットワーク事務局 御中

筋ジストロフィー臨床試験ネットワークへの加盟を申請いたします。

加盟後は「筋ジストロフィー臨床試験ネットワーク規約」を遵守いたします。

平成 年 月 日

施 設 名	
住 所	〒

施 設 長	
職 名	
氏 名	公印

MDCTN 施 設 代 表 者			
部 署			
職 名			
氏 名			
T E L		F A X	
E - m a i l			

治 験 事 務 局			
部 署			
職 名			
氏 名			
T E L		F A X	
E - m a i l			

契 約 ・ 会 計 担 当			
部 署			
職 名			
氏 名			
T E L		F A X	
E - m a i l			