様式３

平成　　年　　月　　日

**小児治験ネットワーク登録申請書**

小児治験ネットワーク事務局　宛

　小児治験ネットワーク設置運営規程第10条に基づき、小児治験ネットワーク（　□会員　□準会員　□協力施設　）の登録を申請いたします。

　なお、登録に際して小児治験ネットワーク設置運営規程を遵守いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名： |  |
| 施設住所： | 〒 |
| 代表TEL： |  |  |
| 施設長名： |  | 印 |

|  |
| --- |
| ＊治験等業務を行う部門長名（治験管理室長など）又は実務責任者： |
| （ふりがな） |  | 印 |
| 　メールアドレス： |  |

|  |
| --- |
| ＊実務担当者名（複数の場合は２名まで記載）： |
| （ふりがな） |  |
| 　メールアドレス： |  |

|  |
| --- |
| 連絡先電話番号（代表TELの他に直通で使用できる電話番号がある場合のみ記載）： |
|  |  |  |
| 連絡先FAX番号： |  |  |