

《クリニカルバイオバンク研究会 入会のご案内》

1. 入会お申込み方法

入会を希望される方は、クリニカルバイオバンク研究会規約を確認いただき、入会申込書に必要事項をご記入（または該当に○印）の上、下記研究会事務局までメールまたはFAXにてお送りください。

2. 会費のお支払について

入会申込書受領後、研究会事務局より振込先をご連絡いたします。
尚、振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。
研究会事務局でご入金を確認した後に入会確認書をお送りします。

<年会費>

医師：	5,000 円
学部学生：	無料
上記以外：	3,000 円
企業会員：	50,000 円

<会員有効期限>

平成 30 年 7 月 31 日まで

- * 正会員の方は、振込の際、必ず個人名をお書きください。
- * 本会の会計年度は 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日です。

【お問い合わせ/入会申し込み】

〒007-0835 札幌市東区北 35 条東 15 丁目 1-17 オーシャンビル 4F

(株)モルフォテクノロジー内)

クリニカルバイオバンク研究会事務局 担当：小林奈緒美

電話・FAX：011-722-6690 E-mail：clinicalbiobank@ab.auone-net.jp