



OSCR臨床研究被験者助成制度 FAX送信票

FAX:052-734-2183

JPLSG登録番号	
施設名	
担当医	
送信書類を○印してください	・申請書(様式1) ・請求書

【確認事項】

- ・ 請求書に、必ず、振込みの際に必要な振込先口座、請求番号等があることを確認してください。
- ・ 請求書コピーの個人情報は必ず伏せてFAX送信してください。