

モニター登録用紙

この用紙は、機能性食品・化粧品の安全性・有効性を確認するため、NPO 法人環瀬戸内自然免疫ネットワークが行うモニター試験（試食、試飲、試用等）に参加していただくモニターを登録するものです。

モニター試験の実施に際し、NPO 法人環瀬戸内自然免疫ネットワーク事務局から登録者に任意に連絡し、モニターとして試験に参加していただきます。なお、試験の実施内容によっては、登録者の一部の方に参加していただくことがあります。

NPO 法人環瀬戸内自然免疫ネットワークモニターとして登録を申し込みます。

※枠内にご記入下さい

記入日：（西暦）

年

月

日

ふりがな			
氏 名	印 （男・女）		
住 所	〒		
年 齢	歳	生年月日	（西暦） 年 月 日
TEL		会社名 （学校名）	
FAX		パソコン メールアドレス	
携帯電話		携帯 メールアドレス	
備 考	ご紹介者がいらっしゃる場合は、ご紹介者名をご記入下さい。		

※記入時に満 20 歳未満の方は、保護者の署名、捺印を得てください。

私は上記の者の保護者として、モニター登録を承諾します。

保護者氏名	印 （ 続柄： ）
住 所	〒

※ご記入の上、下記住所まで郵送していただくか、FAX にて送信していただきますようお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

NPO 法人 環瀬戸内自然免疫ネットワーク 事務局

〒761-0301 香川県高松市林町 2217-16 FROM 香川 3F バイオ研究室

TEL：087-813-9201 FAX：087-813-9203 MOBILE：090-2783-5885

ご記入いただいた個人情報は、モニター試験の運営のみに利用し、適切な管理に努めます。