20　　年　　月　　日

「ABC認知症スケール」使用許諾申請書

ABC認知症スケール　1.0版を使用したいので、使用許諾の申請を致します。本スケールを用いた研究結果を論文投稿する場合には、事前に医療イノベーション推進センターの問い合わせ先に連絡致します。また、申請に必要な情報については、下記の通りです。

記

１．申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご氏名 |  | | |
| ご所属 |  | | |
| 連絡先 | TEL： | | FAX： |
| E-mail： | | |
| 必要部数 |  | 部 | |
| 納品先 | 〒　　　－ | | |

２．使用目的（いずれかに✔を入れてください）

|  |
| --- |
| □ 日常診療での使用（1年間）：　　　　　　年　　月　　日から使用  □ 臨床研究（治験を含む）での使用 |

注：「臨床研究（治験を含む）での使用」の場合、下記３．についてもご回答ください。

３．研究概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主任  研究者 | ご氏名 |  | | |
| ご所属 |  | | |
| 統計解析  責任者 | ご氏名 |  | | |
| ご所属 |  | | |
| Research  Question | |  | | |
| 対象症例 | |  | | |
| 実施予定期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 予定症例数 | |  | 予定評価実施回数（合計） |  |
| 侵襲・介入の有無 | | □ あり　　　□ なし　　（いずれかに✔を入れてください） | | |
| 資金提供企業の有無 | | □ あり　　　□ なし　　（いずれかに✔を入れてください） | | |
| 臨床研究登録※ | |  | | |

* 既にUMINやClinical Trial.govに登録されている場合はその登録番号をご記載ください。まだ登録されていない場合も、UMIN、Clinical Trial.gov等に臨床試験登録をされましたら、後日で結構ですので登録番号もお知らせ下さい。