

「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)

<input type="checkbox"/> 日常診療での使用 (1年間) :	年	月	日から使用
<input type="checkbox"/> 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	ご氏名		
研究者	ご所属		
統計解析	ご氏名		
責任者	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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(いずれかに✓を入れてください)
資金提供企業の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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。