日本アレルギー性結膜疾患標準QOL調査票(JACQLQ)使用申込書

お申し込みの前に必ず下記内容をお読みいただき、同意いただけた場合のみお申し込みください。

1. 使用者（本QOL調査票を使用するもの）
   1) 使用者（研究もしくは試験の責任者）は、日本眼科アレルギー学会会員または法人会員とします。
2. 使用規則
   1) 本QOL調査票に修正や変更を加えることはできません。
   2) 申し込んだ使用目的で使用する以外に、本QOL調査票を複製することおよび第3者に譲渡、貸し出し、などの方法で配布することはできません。
   3) 上記注意事項から逸脱した場合は、使用許可を取り消します。取り消しになった場合、使用者は本QOL調査票の使用を即座に中止し、本QOL調査票のコピーをすべて廃棄または返却しなければなりません。
   4) 結果を論文や学会で発表する際は、版権元の論文を引用してください。
   5) 会員が大学などの学術研究で使用する場合は無償です。それ以外の場合の使用料は1試験につき¥100,000-（税込）となります。

【申し込みの手順】
1) 使用規則に同意の上、本申込書をE-mailは又はFAXで送信してください。申込者は担当者の方でも結構です。
2) 使用を許可した場合、日本眼科アレルギー学会会より、本QOL調査票のPDFをE-mailにて下記記載の担当者に送信します。
3) 学術研究以外の場合は、使用許可確認後に、別途送付する請求書に基づき、指定する口座に使用料をお振り込みください。

日本眼科アレルギー学会事務局
〒169-0075東京都新宿区高田馬場2-4-7
TEL：03-5287-3801
FAX：03-5287-3802

申込日	
使用者名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	
使用者の所属機関	
会員番号	
使用者の所属機関の住所　〒	
TEL	FAX
E-mail	
使用目的 □治験（試験数：　　） □その他（　　）	
試験名	
使用期間（本QOL調査票を用いて実際に調査を行う期間） 年　月～　年　月	
備考（使用者以外の方が申し込む場合は、担当者の氏名と連絡先を記載してください。）	