

【KOB Eもの忘れネットワークへ送付】

KOB Eもの忘れネットワーク 宛

登 録 承 諾 書

私は認知症に関わる臨床研究、臨床試験、治験（以下、「治験等」という。）に協力する意思があり、KOB Eもの忘れネットワーク（以下、「本会」という。）の趣旨に賛同いたしましたので本会に登録いたします。登録にあたり別紙「KOB Eもの忘れネットワークのご説明」と以下に記載された「ご登録にあたってのご説明」の内容を承諾しKOB Eもの忘れネットワークの「個人情報の取り扱い規程」の内容に同意いたしました。

同意日 西暦 年 月 日

ふりがな

ご署名（自署）

生年月日 西暦 年 月 日

ご住所 〒

電話番号 FAX 番号

メールアドレス

【登録ご本人以外にご連絡を希望される場合のご連絡先】

ふりがな

ご署名 (ご関係)

ご住所 〒

電話番号 FAX 番号

メールアドレス

「ご登録にあたってのご説明」

認知症に関わる治験等に協力する意思がありKOBEMOの忘れネットワークに登録する方（以下、「登録者」という。）は、以下の事項に承諾をいただいたものといたします。

1. 本会へのご登録に際し、原則として事前に本会事務局（以下、「事務局」という。）では個人情報（お名前やご連絡先、体調や服薬の状況、既往歴）などをお伺いいたします。また、それらの個人情報は事務局にて保管管理されます。
2. 登録者の個人情報は事務局で管理され、「KOBEMOの忘れネットワークのご説明 P8」に記載の本会の「個人情報の取り扱い規程」の範囲に限り、本会の活動のために利用されます。
3. 登録者には事務局から疾患や治験等に関する講演会等の開催情報、治験等への参加に係る情報、疾患に関連した新たな医療情報等の提供があります。これらの情報提供は特に定めのない限り、電話、郵送、FAX、メール等の通信手段を利用して実施されます。
4. 本会への登録費用は無料です。
5. 本会からの退会（登録抹消）は、事務局に届出し、事務局において登録を抹消することにより完了します。
6. 登録者は本会を通じて知り得た治験等の内容等に関する情報をみだりに第三者に口外（漏洩）しないようお願いいたします。

KOB Eもの忘れネットワーク 宛

登 録 承 諾 書

私は認知症に関わる臨床研究、臨床試験、治験（以下、「治験等」という。）に協力する意思があり、KOB Eもの忘れネットワーク（以下、「本会」という。）の趣旨に賛同いたしましたので本会に登録いたします。登録にあたり別紙「KOB Eもの忘れネットワークのご説明」と以下に記載された「ご登録にあたってのご説明」の内容を承諾しKOB Eもの忘れネットワークの「個人情報の取り扱い規程」の内容に同意いたしました。

同意日 西暦 年 月 日

ふりがな

ご署名（自署）

生年月日 西暦 年 月 日

ご住所 〒

電話番号 FAX 番号

メールアドレス

【登録ご本人以外にご連絡を希望される場合のご連絡先】

ふりがな

ご署名 (ご関係)

ご住所 〒

電話番号 FAX 番号

メールアドレス

「ご登録にあたってのご説明」

認知症に関わる治験等に協力する意思がありKOBEMの忘れネットワークに登録する方（以下、「登録者」という。）は、以下の事項に承諾をいただいたものといたします。

1. 本会へのご登録に際し、原則として事前に本会事務局（以下、「事務局」という。）では個人情報（お名前やご連絡先、体調や服薬の状況、既往歴）などをお伺いいたします。また、それらの個人情報は事務局にて保管管理されます。
2. 登録者の個人情報は事務局で管理され、「KOBEMの忘れネットワークのご説明 P8」記載の本会の「個人情報の取り扱い規程」の範囲に限り、本会の活動のために利用されます。
3. 登録者には事務局から疾患や治験等に関する講演会等の開催情報、治験等への参加に係る情報、疾患に関連した新たな医療情報等の提供があります。これらの情報提供は特に定めのない限り、電話、郵送、FAX、メール等の通信手段を利用して実施されます。
4. 本会への登録費用は無料です。
5. 本会からの退会（登録抹消）は、事務局に届出し、事務局において登録を抹消することにより完了します。
6. 登録者は本会を通じて知り得た治験等の内容等に関する情報をみだりに第三者に口外（漏洩）しないようお願いいたします。