QPCAD使用登録申込書

**（Ｑｕａｌｉｔｙ ｏｆ Ｌｉｆｅ ｉｎ Ｐｒｉｍａｒｙ　Ｃａｒｅｇｉｖｅｒｓ　ｏｆ　Ｃｈｉｌｄｒｅｎ　ｗｉｔｈ　Ａｔｏｐｉｃ　Ｄｅｒｍａｔｉｔｉｓ）**

申請日：　　　　　年　　　月　　　日

1．使用登録するQPCAD一式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QPCAD質問票 | QPCAD配点表 | QPCAD評価図 |

2．研究

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題 |  |
| 研究目的 |  |
| 対象者数 | のべ　　　　　　名（複数回使用する場合は研究対象者の複数倍となります） |
| 研究代表者 | (カナ）： |
| 氏名： |
| 所属： |
| 住所： |
| E-mail： |
| 電話：　　　　　　　　　　　　　FAX： |

3．研究主体

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 医師・研究者主導研究等　　　 | □　助成なし | 使用登録料：不要 |
| □　科研費など非営利機関からの助成 |
| * 企業からの助成
 | 使用登録料：**要** |
| □ 企業 | 使用登録料：**要** |

4．使用登録申込者連絡先（研究代表者と同一の場合、記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| (カナ) | 所属： |
| 氏名： |
| 住所： |
| E-mail: | 電話： | FAX: |

・本申込書を [ csp-qol@csp.or.jp ] までメール添付にてお送りください。

・研究毎に申請してください。

・申請についての詳細は、使用登録申込のてびきをよくご確認ください。

【お問合せ・申込書提出先】

公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター

ヘルスアウトカムリサーチ支援事業事務局（略称：CSP-HOR事務局）

〒169-0051　東京都新宿区西早稲田1-1-7

 　　　　　　　 e-mail: csp-qol@csp.or.jp 　FAX：03-5287-2634　　Tel: 03-5287-2636