

## 【確認事項1】

ご施設名： \_\_\_\_\_  
 診療科名： \_\_\_\_\_  
 確認票記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 【確認事項2】

本レジストリ研究へのご協力をお願いいたします。

研究協力機関としてのご協力について、下記いずれかにチェックを記入してください。

- 協力します  
 協力は困難です → 協力困難な理由をお聞かせください。

（理由： \_\_\_\_\_）

※研究協力機関としてご協力が難しい場合でも、抗アミロイドβ抗体薬が投与されている患者様に本レジストリ研究へ参加の意思があった場合、患者様への本レジストリ研究のご案内をお願いさせていただきたく思います。この場合、研究協力形態についてあらためてご相談をさせていただきます。

## 【確認事項3】

今後、本研究の代表機関（国立精神・神経医療研究センター）または研究事務局（IQVIA サービスーズジャパン合同会社）より研究参加に関するご連絡をさせていただきます。

窓口となるご担当の先生の連絡先をご記入ください。

担当科のご担当医師名	ふりがな： 氏 名：
メールアドレス	
電話番号	※担当科の窓口となる医師に連絡可能な電話番号をご記入ください。

## 【確認事項4】

国立精神・神経医療研究センター（研究代表機関）の関係者および中央検査会社へ本用紙に記載される情報を開示・提供することにご了承いただけますか。下記にチェックを記入してください。

なお、本研究以外で本情報を活用することは一切ございません。また、本情報は研究事務局にて厳重に管理いたします。

- はい、了承します

## 【確認事項5】

研究関連資料はクラウド型文書管理システム（Agatha システム）を介して提供されます。【確認事項1および3】に記入いただいた情報を用いて Agatha システムのアカウントを発行することにご了承いただけますか。

下記にチェックを記入してください。既に確認票を送付済みで Agatha システムのアカウントを発行済みの場合にはチェックは不要です。

- はい、了承します

## 【確認事項6】

ご不明点、質問事項等ございましたらご記入ください。

- ご記入後、E-mail (dmt\_registry@iqvia.com)、FAX (03-6388-2333) いずれかの方法にて本確認票を研究事務局（IQVIA サービスーズジャパン合同会社）にご送付ください。
- 後日、研究事務局担当者より直接ご連絡をさせていただきます。