

第3次 日本認知症予防学会 エビデンス認定委員会 申請書

(*) 事務局使用欄	事務局受付番号 番		申請日 20 年 月 日	
申請者・申請区分	申請者名（個人名あるいは会社名）： 住所：〒 事務担当者：(*)： E-mail： TEL： FAX：		<申請区分> 1 書類審査・判定のみ （既にデータがある場合） 2 臨床試験実施希望 （これからデータを創出する場合）	
研究テーマ分野	1 認知機能に関わる機能性食品	希望サブテーマ名		
	2 ライフスタイル 3 運動療法 4 非薬物療法（音楽療法・園芸療法 他） 5 その他	共同研究者名(*) （全員の氏名・所属を 列挙して下さい）		
依頼したい検討項目 （何個でも○可能）	1 認知機能の維持（正常・MCI） 2 予防効果			
申請研究内容概要  （認知症予防学会に 依頼したい研究テ マや商品の概要と、認 知症予防効果の見込 み等について 1,000 語以内で簡潔に記載 して下さい）				

(\*) 申請者は、本学会会員・賛助会員である必要があります。

(\*\*) 申請に当たっては、このA4版申請書1枚に、関連する論文・資料等を添付して事務局までメールあるいは郵送して下さい。