

助成同意書

2024 年度 BEST LIFE AWARD (BLA) において、以下の内容及び事項に基づき実施されることに同意いたします。

記

1. 研究テーマ

採択タイトル

2. BLA 助成内容

採択された支援内容

3. 助成範囲

臨床試験の実施は BLA の助成によって実施される。

4. 助成期間

2024 年 11 月 1 日から 2025 年 10 月 31 日

5. 同意事項

(1) BLA の趣旨に基づき実施される

(2) 助成内容は BEST LIFE AWARD 選考委員会が定め、定められた内容で実施される

(3) 株式会社オルトメディコによって助成される

(4) 助成を受けるにあたり準備する食品や製品に係る費用は、採択された企業・機関・団体・個人名が負担する

(5) 法令及びすべて倫理規範、規制に準拠して助成される

(6) やむを得ない事情により、支援の実施が困難と BEST LIFE AWARD 選考委員会によって判断された場合、助成は中止される

(7) 当 BEST LIFE AWARD の支援の基づく研究によって取得された知的財産権は、採択された企業・機関・団体・個人名に帰属します。

(8) 個人情報情報は個人情報保護法に基づき適正に取り扱われる

●●●●年●月●日

採択された企業・機関・団体・個人名

郵便番号

住所

●● ●●

印

以上