機能性表示食品制度支援事業（文献検索・研究レビュー作成他）及び

『機能表示食品データブック』掲載のご案内と申込書

【データブック掲載業務と費用形態】

自社作成レビューの適合審査を受け、データシート原稿作成の上、データブック掲載する。

・・・50 万円（税別）

文献検索（論文検索と境界域データの判別）・研究レビュー作成・データシート作成の上、データブック に掲載する。

・・・・・150 万円（ 税別）

【賛助会員の場合】

文献検索・病者データの判定（賛助会員） ・・ 30 万円（税別）

研究レビュー作成（賛助会員）　　　　　 ・・ 70 万円（税別）

メタアナリシスの監修（賛助会員）　　　 ・・ 30 万円（税別）

専門医家の紹介（賛助会員）　　　　　　 ・・ 30 万円（税別）

届出の相談（賛助会員） 　　　　　　　　・・(要相談)

臨床試験の相談（賛助会員） 　　　　　　・・(要相談)

※日本抗加齢協会に掲載エントリーまたは業務委託を依頼される際は別紙申込み用紙ご記入のうえ、 FAX ・メール添付にてご返信下さい。後日こちらよりご連絡申し上げます。

※データブックへの掲載は、成分、領域、機能性表示内容がすべて同一の場合は、先行申込に限ります。 ①掲載の可否については、必ず本誌の編集委員、査読委員が審査を行います。

②研究レビュー作成に関わる業務を日本抗加齢協会に委託した場合、著作権は協会に帰属するものとし ます。

③研究レビューを全て自社で作成し、データブックに掲載に至った場合の著作権は研究レビュー作成企 業に帰属とし、複製権は日本抗加齢協会に帰属とします。

④データブックへの掲載の場合、書籍完成時に、50 部無償提供。 書籍の追加希望の場合は購入可能（1 部 4000 円/税別）

⑤第三者が本誌掲載成分の研究レビューを使用する際は、著作権使用料として 30 万円（税別）（一成分 あたり。複数成分の場合は、一成分追加につき 15 万円）（税別）、 賛助会員の場合は、一申込は著作権無料。複数申込の場合は、一追加につき 15 万円（税別）の著作権料 が別途かかります。）の費用負担が必須条件となります。著作権は、データブックの改定が行われるまで 有効になります。

改定は、3 年に一度を予定しております。

特定非営利活動法人日本抗加齢協会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒103-0024東京都中央区日本橋小舟町6-3日本橋山大ビル4F

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　03-5651-7503　FAX　03-5651-7501

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail jaaf @ anti-aging.gr.jp

支援業務委託及び「健康食品機能表示データブック」掲載・申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　年　　　月　　　日

FAX　 03-5651-7501

e-mail jaaf @ anti-aging.gr.jp 　　NPO 法人 日本抗加齢協会 事務局 行

・成分名

・領域（該当領域を○で囲んで下さい）

口腔・歯科 / 感覚器 / 婦人科 / 脳神経 / 消化器科・免疫 / 循環器科 / 代謝内分泌 / 皮 膚科 / 整形外科・スポーツ / 男性医療

・機能性表示案 (ヘルスクレーム)

※いずれかにチェックを付けてください。 □

1.　研究レビューは自社で作成 ・ 適合審査・データブック掲載

□ 1-1 ・文献検索（境界域判定）を協会に委託（賛助会員） ・・・・・・ 80 万円(税別)

□　1-2 ・データブック掲載（賛助会員、非会員）　　　　　 ・・・・・・ 50 万円(税別)

2．研究レビュー作成を協会に委託 ・ データブック掲載 （賛助会員）

□　2-1　・文献検索(境界域判定)・研究レビューすべてを委託　・・・・・・150 万円（税別）

□　2-2　・研究レビューを委託　　　　　　　　　　　　 　　・・・・・・120 万円（税別）

その他

□　3.文献検索・研究レビュー作成（賛助会員）　　　　・・・・・100万円（税別）

□　4.研究レビュー作成（賛助会員） 　　　　　　　　 ・・・・・ 80 万円（税別） □

□　5.文献検索・病者データ境界域の判定（賛助会員） ・・・・・ 30 万円（税別） □

□　6.自社作成の研究レビューの監修（賛助会員） 　　 ・・・・・ 30 万円（税別） □

□　7.メタアナリシスの監修（賛助会員）　　　　　　 ・・・・・ 30 万円（税別） □

□　8.専門医家の紹介（賛助会員） ・・・・・ 30 万円（税別） □

□　9.届出の相談（賛助会員） ・・・・・ 30万円（税別） □

□　10.臨床試験の相談（賛助会員） ・・・・・ (要相談) □

□　11.その他 ・・・・・ (要相談)

※受付の可否については、受付後 1 週間以内を目途にご連絡致します。

企業名・部署名

ご担当者名

ご連絡先住所

TEL/　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX/

E-mail