　　　　年　　月　　日

日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会　御中

鼻アレルギー診療ガイドライン2024年版からの転載利用を申請します。

**【申請者】**

氏名（所属）：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

住所：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

電話、E-mail:：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

**【利用者※1】**

氏名（所属）：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

住所：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

電話：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

※1　営利目的（企業の販促目的など）の利用については、日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会の賛助会員企業に対してのみ許諾いたします。賛助会員企業の一覧は、日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会サイトでご確認ください。

**【出典元】**

鼻アレルギー診療ガイドライン2024年版

図表番号※2：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

転載総点数※3：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

※2　図1、図2、図6、図8、図14、図16、図17、図18、図19、表2、表4、表39、表40、表41、表42、表43、表44は権利者が日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会ではありませんので、それぞれの権利者にお問い合わせください。

※3　1つの表でも媒体ごとにカウントします。

**【転載先】**

タイトルまたはURL：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

媒体（書籍、Webサイト、スライドデータなど）：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

使用目的：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

制作部数・閲覧者数：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

発行・公開予定日：ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

**【申請方法】**

本申請書（未記入の欄があると受け付けられません）、転載先の図表案（印刷物は該当する校正刷り、デジタルコンテンツは画面見本、その他具体的イメージ）、出典元の図表コピー、返信用封筒を同封のうえ、日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会事務局宛に郵送してください。諾否のご返信までに要する期間は、書類到着後1～2週間です。予めご了承ください。

□上記の申請については許可致します。なお、転載先に出典元を明記してください。

□料金が発生するため、規定料金に基づき請求書を同封しておりますのでご確認ください。

□その他：

年　　月　　日

〒113-0033 東京都文京区本郷2-27-16 大学通信教育ビル5階 中西印刷株式会社内

日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会