

視覚過敏サポート研究所及び、イリスコミュニケーション株式会社は、光過敏、色覚特性などに対する社会の認識・意識の向上、また、視覚に光過敏などの特性を持つ人達の情報共有の目的で、お客様(以下「ご本人」とする)が特定されない形で、お伺いした事例(体験)や測定結果の報告を行いたいと考えております。以下をお読みいただき、ご確認の上、ご同意くださいますようお願い申し上げます。

事例および測定結果報告に関する同意説明書

■ 利用目的

- ・ 光に敏感など、同じような見え方で困っている方々の助けや気づきにつなげる為
- ・ より多くの方に知っていただくことで、現状では困難な医師連携、学校連携などを進める為
- ・ カラーレンズの研究開発、商品開発、サービス向上の為

■ 報告方法

- ・ 学術集会での報告(それに伴うプログラムや抄録集などの紙面に、データまたは文書(抄録)として掲載されることがあります)
- ・ HP、SNS、展示会などのイベントおよびイベント開催時のポスターやリーフレット

■ 条件

個人情報に関して

- ・ 個人が特定できる情報は一切記載致しません。
- ・ 弊社は、ご本人の個人情報を適切に管理し、あらかじめ合意がある、又は法律に定められている場合を除き、ご本人の承諾なく第三者に開示又は提供しないことを約束します。

情報の削除

- ・ ご本人から請求があった際には、遅滞なく情報を削除します(統計データであった場合は、ご本人のデータを削除した統計データに変更します)。
- ・ 弊社都合により情報を利用する必要がなくなったときは、遅滞なく情報を削除します。

■ その他:【その他、合意した事項があれば記載】

私は、上記の事項を確認、同意の上、本同意書に署名します。

同意年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

署名 ご本人 _____

代諾者氏名(続柄) _____ ()

視覚過敏サポート研究所 アンケート

この度は、本イベントにご参加頂き誠にありがとうございました。

今後のイベント開催などの参考にさせていただくため、よろしければ下記アンケートにご協力ください。

あなたの性別を教えてください。

☐男性 ☐女性 ☐その他

あなたの年齢を教えてください。

☐10代未満 ☐10代 ☐20代 ☐30代 ☐40代 ☐50代 ☐60代 ☐70代 ☐その他()

本イベントの感想、本イベントおよび今後のイベントに関するご要望をご自由にお書きください。

カラーレンズに関するご要望など、何かご要望などありましたらご自由にお書きください。

次回以降のイベントなど、ご案内をお送りさせていただいてもよろしいでしょうか。

☐連絡を希望する ☐不要

ご回答有難うございました。お帰りの際に受付にありますアンケート回収ボックスにお入れください。

また裏面に、事例報告に関するお願いがございます。ご一読いただけますようお願い申し上げます。