

臨床研究に係る利益相反状況に関する自己申告書

(宛先)

下関市立市民病院倫理研究委員会委員長

申告者名	
所属名	
電話番号	

研究課題名	
-------	--

◎ 当該臨床研究に関わる企業・団体に関係するもので、申告日から起算して1年間の活動・報酬について記載してください。

A. 申告者に係る分について

1) 企業・団体からの収入(診療報酬を除く) ※複数の場合、列記する

収入の有無	有 ・ 無	(年間の合計収入が同一外郭組織から100万円を超える場合に○)			
(有の場合のみ、企業・団体ごとに下記の項目にて記載)					
(1) 企業・団体名					
兼業報酬・給与	件	万円/年	ロイヤリティ	件	万円/年
原稿料	件	万円/年	講演謝礼等	件	万円/年
コンサルタント料	件	万円/年	その他の贈与	件	万円/年

2) 企業・団体の経営への関与(診療活動を除く全てを記載)

外部活動の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)		
企業・団体名		
役割(役員・顧問等)		
活動内容		
活動時間(時間/月)		

B. 申告者の配偶者並びに父母及び子に係る分について

1) 企業・団体からの収入(診療報酬を除く) ※複数の場合、列記する

収入の有無	有 ・ 無	(年間の合計収入が同一外郭組織から100万円を超える場合に○)			
(有の場合のみ、企業・団体ごとに下記の項目にて記載)					
(1) 企業・団体名					
兼業報酬・給与		万円/年	ロイヤリティ		万円/年
原稿料		万円/年	講演謝礼等		万円/年
コンサルタント料		万円/年	その他の贈与		万円/年

2) 企業・団体の経営への関与(診療報酬活動を除く全てを記載)

外部活動の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)		
企業・団体名		
役割(役員・顧問等)		
活動内容		
活動時間(時間/月)		

C. インフォームド・コンセント(IC)取得のための同意説明文への記載について

利益相反に関する記載の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)
---------------	-------	------------

私の臨床研究に係る利益相反に関する状況は上記のとおりであることに間違いありません。

申告日: 平成 年 月 日

申告者署名: _____ 印