**臨床研究 利益相反自己申告書**

**チームケア学会**

**申告者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属機関 |  |
| 所属部署・職名 |  |
| 連絡先（Email） |  |
| 連絡先（電話） |  |

**１．申告の対象となる臨床研究**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究責任者名 |  |
| 研究期間 | 自：　　年　　月　　日　至：　　年　　月　　日 |

**２．過去１年間における関連する企業・団体からの経済的利益について**

以下の各項目について、本臨床研究に関連する企業・団体（本研究で使用される医薬品、医療機器等を製造販売する企業、または本研究に資金提供を行う企業・団体など）から、申告者またはその配偶者、一親等の親族が過去1年間（申請書提出日時より前の１年間）に受けた経済的利益があればご記入ください。

該当がない場合は「なし」とご記入ください。

※１項目につき、年間合計5万円を超える場合に申告してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 有無 | 具体的な内容・金額（該当する場合） | 企業・団体名 |
| (1) 役員報酬 | 有・無 |  |  |
| (2) 顧問料 | 有・無 |  |  |
| (3) 株の利益（売却益・配当） | 有・無 |  |  |
| (4) 特許権使用料 | 有・無 |  |  |
| (5) 原稿料・監修料・謝金 | 有・無 |  |  |
| (6) 講演料 | 有・無 |  |  |
| (7) 研究費・奨学寄付金 | 有・無 |  |  |
| (8) 交通費・宿泊費 | 有・無 |  |  |
| (9) その他 | 有・無 |  |  |

**３．上記２の申告内容に関する自己評価**

上記２で申告した経済的利益について、本臨床研究の公正性および信頼性に影響を及ぼす可能性があると思われる事項があれば具体的にご記入ください。該当がない場合は「なし」とご記入ください。

**４．申告者の署名**

上記の内容は事実と相違ないことを誓約します。

申告日：　　年　　月　　日

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

**【倫理委員会記入欄】**

|  |  |
| --- | --- |
| 審査結果 |  |
| 特記事項 |  |
| 審査日 |  |
| 倫理委員会委員長 |  |