

記載見本

成田赤十字病院 院長 殿

利益相反自己申告書

記入日の記載をお願いします。

西暦 2024 年 8 月 13 日

氏名は直筆のご署名をお願いします。

(所属) 〇〇科

(職名・氏名(自署)) 医師・成田 見本

下記研究等に関連する私の利益相反状態について申告します。

対象となる研究等名称：				
No		有無 (自署)	「有」の場合の 企業名など	金 額
1	一つの企業等から研究者の収入が年間 100 万円を超える、又は超えると推定される場合。 また、第 2 条第 2 項の対象者にあつては、企業等の役員、顧問職に該当する場合。	有 無		万円／年
2	一つの企業等についての定められた年限内での株式の保有等による利益が 100 万円以上ある場合、あるいは当該全株式の 5%以上を所有する場合。	有 無		万円／年
3	一つの特許の権利使用料が年間 100 万円以上の場合。	有 無		万円／年
4	一つの企業等からの会議の出席等に対する講演料や日当等の額が年間合計 50 万円以上の場合。	有 無		万円／年
5	一つの企業等毎の原稿料が年間合計 50 万円以上の場合。	有 無		万円／年
6	研究費、奨学寄付金が一つの企業等毎に年間 200 万円以上の場合。	有 無		万円／年
7	研究とは直接関係の無い旅行や贈答品などの便宜提供が、一つの企業等から受けた総額が年間 5 万円相当以上の場合。	有 無		万円／年
8	企業等が提供する寄付講座や寄付研究室等に当該職員が所属している場合。	有 無		万円／年

『状況有無』の丸囲い、『有』の場合の企業名など』『金額』については直筆記載をお願いします。

※「氏名」欄には署名を記載すること。

※「有無」欄は「有」または「無」に丸囲いを直筆で記載すること。