

## 記載見本

## 利益相反自己申告書（特定臨床研究）

成田赤十字病院 院長 殿

記入日の記載をお願いします。

西暦 2025 年 8 月 13 日

(所属) ○○科

氏名は直筆のご署名をお願いします。

(職名・氏名(自署)) 医師・成田 見本

下記研究を実施するにあたり、今年度および前年度の私の利益相反状況について申告します。

対象となる研究名称：

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

No	Q1.	企業等 <sup>(注)</sup> から申告者が実質的に使途を決定し得る寄附金の総額が、年間 100 万円を超えてるか？ ・実質的に使途を決定し得るとは、当該寄附金の管理をするという意味で、受入研究者に申告を求めてる。間接経費を除き、直接経費のみを指すものではない。 ※寄附金については、申告年度以前に受入れた寄附金以外は使うことができません。	有無 (自署)	「有」の場合の企業名など	「有」の場合の時期など	COI 状況	
						内容	金額
Q2.	企業等が提供する寄附講座に所属しているか？ ・寄附講座の資金から給与を取得しているか否かに関わらない。	本人	有 <input checked="" type="radio"/>			給与の有無	
			無 <input type="radio"/>			有	無
Q3.	企業等との間に、申告者本人又は申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族（親・子）が年間合計 100 万円以上の個人的な利益関係があるか？ ・個人的利益関係とは、給与・講演・原稿・コンサルティング・ライセンス・贈答・接遇等による収入。	本人	有 <input checked="" type="radio"/>			有	
			無 <input type="radio"/>			無	万円／年
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族		有 <input checked="" type="radio"/>			内容	
			無 <input type="radio"/>			万円／年	万円／年

裏面も記載をお願いします。

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

No		有無 (自署)	「有」の場 合の企 業名など	「有」の 場 合の時 期など	COI 状況
Q4.	企業等の役員等に、申告者本人又は申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族（親・子）が就任しているか?  ・役員等とは、株式会社の代表取締役・取締役、合同会社の代表者等代表権限を有する者、監査役。	本人	有 無		役職等の種類
		申告者と生 計を同じに する配偶者 及びその一 親等の親族	有 無		
Q5.	申告者本人又は申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族（親・子）が企業等の株式（新株予約権を含む）を保有（公開株式については5%以上、未公開株式は1株以上、新株予約権は1個以上）しているか?  あるいは企業等に出資を行っているか？	本人	有 無		内容
		申告者と生 計を同じに する配偶者 及びその一 親等の親族	有 無		万円／年
Q6.	その他、企業等と利益関係があるか?  ・その他とは、寄附講座の受入れを行っている場合（受入れをしている講座の代表＝親講座）や、本研究に関する知的財産に関与している（本研究に関する特許出願中である、特許出願済みである）場合。  *これら以外に該当する場合には、内容に詳細を記載。	本人	有 無		内容
		申告者と生 計を同じに する配偶者 及びその一 親等の親族	有 無		万円／年

(注)「企業等」とは、対象となる課題に関連する企業のみを指すのではない。(全ての企業等に関連する状況を申告する必要がある。)

※「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。

ご注意ください。