

利益相反申告書

市立三次中央病院倫理委員会委員長 様

所属名 _____
 職名 _____
 申告者名 _____

1. 産学公連携活動の種類を下記より選択してください。

・ 行おうとする業務の種類: ☐ 臨床研究 ☐ 共同研究 ☐ 臨床研究以外 ☐ その他()
 (□にチェックをすること。(複数選択可))

・ 行おうとする研究名等: _____

※記入上の注意: 下記の項目は, 上記研究名等に関係する企業・団体等との関係について,
 申告対象期間内(申告日から起算して過去1年間)の実績を記入して下さい。

2. 外部活動及び企業・団体からの収入状況

1) 外部活動状況

外部活動の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	有の場合のみ, 企業・団体ごとに下記の項目を記載(配偶者及び生計を一にする一親等以内の親族の活動を含む。) (ベンチャー企業の場合は、その旨必ず記載)
企業・団体名		
役割		
活動内容		
活動時間(時間/月)		
企業・団体名		
役割		
活動内容		
活動時間(時間/月)		
企業・団体名		
役割		
活動内容		
活動時間(時間/月)		

2) 企業・団体からの収入状況

収入の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	※申告者本人(配偶者及び生計を一にする一親等以内の親族が獲得したものを合算した額を含む)の年間の合計収入が同一組織から100万円を超える場合に記載 ※有の場合のみ, 企業・団体ごとに下記の項目を記載			
企業・団体名					
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
その他		万円/年	その他		万円/年

企業・団体名					
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
その他		万円／年	その他		万円／年
企業・団体名					
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
その他		万円／年	その他		万円／年

3. 申告者の産学公連携活動状況に係る受け入れ額

行おうとする研究等に係わるもので、申告者もしくは所属分野が関与した共同研究、受託研究、コンソーシアム、実施許諾・権利譲渡、技術研修、客員研究員・ポストドクトラルフェローの受け入れ、研究助成金・寄付金受け入れ、依頼試験・分析などを含む。		
産学公連携活動 (該当するものに○)	有 ・ 無	年間の合計受け入れ額が同一組織から200万円を超える場合に 記載
活動内容		
企業名		
受領金額	万円／年	
活動内容		
企業名		
受領金額	万円／年	
活動内容		
企業名		
受領金額	万円／年	

4. 産学公連携活動の相手先のエクイティ(配偶者及び生計を一にする一親等以内の親族の活動を含む。)

エクイティとは、公開・未公開を問わず、株式、出資金、ストックオプション、受益権等をいう		
エクイティ保有の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	有の場合のみ、企業ごとに下記の項目にて記載
企業名		
エクイティの種類(数量)		
企業名		
エクイティの種類(数量)		
企業名		
エクイティの種類(数量)		

*記載例、 公開株(100株:時価430万円相当)、未公開株(発行株総数の8%)

私の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 令和 年 月 日

申告者署名 _____ 印