**西暦 年 月 日**

**臨床試験に係る利益相反自己申告書**

加古川中央市民病院長　様

加古川中央市民病院臨床研究利益相反管理委員会委員長　様

研究題目：

申告者名：（自筆）　　　　　　　　　　　　　　　　印

所 属 名： 　　　　　　 職名：

連 絡 先：電話（内線）　　　　　　　　　E-mail：

臨床研究に係る利益相反に関する自己申告書について、下記の通り相違ありません。

記

**本研究は、医薬品等製造販売業者が製造販売をし、又はしようとする医薬品等を用いるか？**

□はい（医薬品・医療機器名：　　　　　　　　　　　　製造販売企業名　　　　　　　　　　　　）

　　 　 □いいえ

**本研究は、製薬企業等から提供された研究資金等を使用するか？**

　　　 □はい（研究資金等提供先：　　　　　　　　　　　　）　　□いいえ

**1.当該臨床研究に係る利害関係が想定される企業・団体での活動（診療活動を除く）の有無**

（該当に〇印） **有 ・ 無** 　**※**「有」の場合は以下の該当項目に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申告対象者 | 申告研究者 | 家 族 |
| 企業・団体名 |  |  |
| 役割　(役員・顧問等) |  |  |
| 活動内容 (兼業内容等) |  |  |
| 活動時間 | 時間／月 | 時間／月 |
| **※**年間の合計収入額が同一企業等から**100**万円を超える場合は以下に記入して下さい。 | | |
| 報酬・給与 | 万円／年 | 万円／年 |
| 個人特許実施関連収入 | 万円／年 | 万円／年 |
| その他の収入 | 万円／年 | 万円／年 |

＊その他の収入には、指導助言、原稿料、顧問料、講演料等を含む。

＊家族とは、配偶者及び生計を一にする扶養親族をいう。

**2**. **当該臨床研究に係る相手先のエクイティの有無**　（該当に〇印） **有 ・ 無**

**※**「有」の場合は以下に記入してください。（企業等が複数ある場合は列記、家族保有分も含む）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業・団体名 |  |  |  |
| エクイティ |  |  |  |

＊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％）

＊エクイティequity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。

**3**. **当該臨床研究に係る申告研究者の産学連携活動の有無** （該当に〇） **有 ・ 無**

**※**「有」の場合は以下に記入してください。（年間の合計受入額が同一企業等から**200**万円を超える場合で、申告者又は所属が関与した共同研究、受託研究、寄付金、当該企業等からの物品購入、当該企業等へ　　　　　　　の業務委託・当該企業等への施設・設備の供与などに該当するもの）

　　　　　　（企業等が複数ある場合は列記）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業・団体名 |  |  |  |
| 活動内容 |  |  |  |
| 受入金額 | 万円／年 | 万円／年 | 万円／年 |

　　　　　 注：１）当該年度及び前年度の活動・報酬について記入する。

　　　　　　　 ２）記入欄が不足する場合は、本様式をコピーして追加してください。