**利益相反自己申告書**

医療法人 泯江堂　三野原病院　院長　殿

研究課題名：

研究者名：

**1.利益相反（COI）に関し、自己申告すべき項目　：　有　・　無　（有の場合、以下2.～6.もご記入ください）**

**2.個人収入について（申告日までの1年間を対象とする）**

収入の有無： 有 ・ 無　　(100 万円を超える場合、有に○をしてください。)

企業・団体名

報酬・給与・講演謝礼金等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

**3．株式保有について**

株式保有の有無： 有 ・ 無 　　(100 万円を超えると想定される場合、有に○をしてください。)

企業

想定される株式金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

**4．研究者の家族（生計を一にする配偶者及び一親等の者(両親及び子ども)）の収入（申告日までの1年間を対象とする）および株式保有について**

収入の有無： 有 ・ 無　　(100 万円を超える場合、有に○をしてください。)

企業・団体名

報酬・給与・講演謝礼金等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

株式保有の有無： 有 ・ 無 　　(100 万円を超えると想定される場合、有に○をしてください。)

企業

想定される株式金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

**5．企業・団体からの無償での機材等提供の具体的な内容について（申告日までの1年間を対象とする）**

企　　業　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　具体的な内容

**6．被験者に配布する説明文書への利益相反に関する記載の有無について　：　有　・　無**

**ヘルシンキ宣言等に従って、本研究に係る利益相反に関する状況は上記のとおりです。**

**西暦　　　　　　年　　　月　　　日**

**所属 職名 署名**