

受付番号： 受付日：令和 年 月 日

臨床研究に係る利益相反自己申告書

広島大学臨床研究利益相反管理委員会委員長 殿

研究題目： _____

申告者名：（自筆） _____

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、下記のとおり相違ありません。

記

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○印） 有 ・ 無 ※「有」の場合は以下の該当項目に記入して下さい。

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家族をいう。

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○印） 有 ・ 無

※「有」の場合は以下に記入して下さい。（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○印） 有 ・ 無

※「有」の場合は以下に記入して下さい。（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下さい。