

受付番号：

受付日：西暦

年 月 日

臨床研究利益相反（COI）申告書（詳細版）

医療法人社団 健育会 湘南慶育病院 院長 殿

研究事業名	
研究課題名	
課題番号	

研究者名：

所属研究機関名：

所属部署名：

所属研究機関 〒 _____

所在地

連絡先： TEL _____ FAX _____

E-Mail _____

上記以外に常勤の所属機関がある場合はその名称： _____

1. 評価を受ける者の立場

A 研究者

*申請研究に関係するものについては漏れなく記載すること。複数ある場合は必要に応じて任意の様式を添付すること。

1) 外部活動（診療活動を除く所属機関外での兼業等。）

外部活動の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)		
企業・団体名		
役割(役職名、代表権の有無)		
活動内容		
活動時間(時間/月)		

2) 企業・団体からの収入（診療報酬を除く。複数の場合、列記する。）

収入の有無	有 ・ 無	(年間の合計収入が同一組織から50万円を超える場合、有に○)	
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)			
(1) 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
その他贈与・寄附金	万円/年		

B 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））

* 申請研究に関するものについては漏れなく記載すること。複数ある場合は必要に応じて任意の様式を添付すること。

1) 外部活動に相当するもの（診療活動を除く。）

外部活動の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)	
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)			
企業・団体名			
役割(役職名、代表権の有無)			
活動内容			
活動時間(時間/月)			

2) 企業・団体からの収入(診療報酬を除く。複数の場合、列記する。)

収入の有無	有 ・ 無	(年間の合計収入が同一組織から50万円を超える場合、有に○)	
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)			
(1)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	講演謝礼金等	万円/年
その他贈与・寄附金	万円/年		

2. 研究者の産学連携活動（兼業以外）

申請研究に係るもので、研究者又はその所属部局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、委員等の委嘱、客員研究員・ポストドクトラルフェローの受入れ、研究助成金・奨学寄附金の受入れ、依頼試験・分析、機器の提供 等を含む。			
産学連携活動の有無	有 ・ 無	(年間の合計収入が同一組織から50万円を超える場合、有に○)	
活動内容			
相手方の企業名			
授受金額			

3. 産学連携活動の相手方との関係

ここでいう関係とは、株式（公開・未公開を問わない。）出資金、ストックオプション、受益権限等の保有などをいう。			
関係の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)	
相手方の企業名			
関係の種類（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%）等

4. 被験者への説明・同意文書への記載（説明・同意が必要な場合に限る。）

COI（利益相反）に関する説明・同意文書への記載説明文があれば添付すること。	
記載の有無等	有 ・ 無 ・ 説明同意の必要なし （該当するものに○）

5. その他（既に講じられているCOIの管理状況や、1.～4.の記載の補足等）

--

私の上記研究にかかるCOI（利益相反）に関する状況を、上記のとおり報告します。

報告日：西暦 年 月 日

研究者署名： _____ (印)

注：

- 1) 報告日以前1年間の活動・報酬について記載すること。
- 2) 研究実施期間中にCOIの状態について重要な変化が発生した場合には、その時点より6週間以内に報告書を修正し、利益相反審査委員会事務局に提出すること。