

受付番号：  
 受付日：西暦 年 月 日

## 臨床研究利益相反(COI)申告書（概略版）

医療法人社団 健育会 湘南慶育病院 院長 殿

申請者（研究責任者）

所 属： \_\_\_\_\_  
 職 名： \_\_\_\_\_  
 氏 名： \_\_\_\_\_  
 内線番号： \_\_\_\_\_

連絡担当者※研究責任者以外が希望する場合は記入

所 属： \_\_\_\_\_  
 職 名： \_\_\_\_\_  
 氏 名： \_\_\_\_\_  
 内線番号： \_\_\_\_\_

臨床研究の名称	
---------	--

倫理審査委員会・IRB への申請予定	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 倫理審査委員会	<input type="checkbox"/> IRB
他施設の COI 委員会への申出の有無	有 ・ 無	結果	可 ・ 否 ・ 非該当

上記研究等と関連のある可能性のある以下の項目について、その有無を申告してください。

### 1. 評価を受ける者の立場

#### A 研究者

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○)
---------	-------	------------

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○)
-------	-------	------------------------------------

#### 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)）

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○)
---------	-------	------------

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○)
-------	-------	------------------------------------

2. 研究者の産学連携活動

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○)
-----------	-------	--------------------------------

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○)
-------	-------	------------

\*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

申請者署名： \_\_\_\_\_ 

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。

非該当 <input type="checkbox"/>	詳細の提出 <input type="checkbox"/>	事務局  印
---------------------------------	-----------------------------------	--------------