

別紙様式1

受付番号:

受付日: 年 月 日

## 高知医療センター 利益相反審査自己申告書

高知医療センター 病院長 殿

研究題目	
------	--

申告者名:

所属名:

申告期間:

■申請する委員会名(該当するものに○)

- 高知医療センター利益相反委員会       高知医療センター治験審査委員会  
 高知医療センター倫理審査委員会       高知医療センター臨床研究審査委員会

■申告内容

A 申告研究者(個人収入)

当該研究に関わる企業等との関係について漏れなく記載すること。

1) 外部活動(診療活動を除く全てを記載)

複数の場合、列記する。以下同じ。

外部活動の有無	有 ・ 無	※該当するものに○
---------	-------	-----------

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名			
役割(役員・顧問等)			
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)

収入の有無	有 ・ 無	※年間の合計収入が100万円(税込)を超える場合、有に○	
-------	-------	------------------------------	--

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名			
報酬・謝金	千円/年	ロイヤリティ	千円/年
原稿料	千円/年	講演等	千円/年

※収入額は税込み金額で記載すること。以下同じ。

3) 株・出資金・受益権・新株予約権等に係る収入

収入の有無	有・無	※医薬関連企業等の株・出資金・受益権・新株予約権(ストックオプション)で10%以上のもの、又は、未公開株式を保有している場合は、新株予約権を含む発行済株式総数に対する所有株式総数の割合が5%以上のものがある場合、有に○
-------	-----	---

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名	
名称と持分の内容	

4) その他

収入の有無	有・無	※その他の贈与・寄付(研究と無関係な旅費、贈答など)で同一組織からの年間合計金額が5万円以上(税込)のものがある場合、有に○
-------	-----	--

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名	
内容・金額	

B 申告研究者の家族(生計を一にする配偶者及び一親等の家族)

●生計を一にする配偶者及び一親等、申告対象者の有無 有・無

※無の場合は以下の1)~4)には回答不要

当該研究に関わる企業等との関係について漏れなく記載すること。

1) 外部活動(診療活動を除く全てを記載)

外部活動の有無	有・無	※該当するものに○
---------	-----	-----------

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名	
役割(役員・顧問等)	
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)

収入の有無	有・無	※年間の合計収入が100万円(税込)を超える場合、有に○
-------	-----	------------------------------

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名			
報酬・謝金	千円/年	ロイヤリティ	千円/年
原稿料	千円/年	講演等	千円/年

3) 株・出資金・受益権・新株予約権等に係る収入

収入の有無	有・無	※医薬関連企業等の株・出資金・受益権・新株予約権(ストックオプション)で10%以上のもの、又は、未公開株式を保有している場合は、新株予約権を含む発行済株式総数に対する所有株式総数の割合が5%以上のものがある場合、有に○
-------	-----	---

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名	
名称と持分の内容	

4) その他

収入の有無	有・無	※その他の贈与・寄付(研究と無関係な旅費、贈答など)で同一組織からの年間合計金額が5万円以上(税込)のものがある場合、有に○
-------	-----	--

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名	
内容・金額	

C 申告研究者(施設収入)

1) 資金提供

治験責任医師、研究責任者、主任研究者、研究代表者等として、高知医療センターに受け入れている研究費の有無

資金提供	有・無	※金額に関わらず申告
------	-----	------------

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名	
区分	
授与金額	

2) 提供物

当該研究に関わる企業等から高知医療センターが無償で受け入れている提供物(薬剤・医療機器等)の有無

薬剤・機器等の提供	有・無	※該当するものに○
-----------	-----	-----------

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業名	
薬剤・機器等名	
相当額	

3) その他の活動

当該研究に関わる企業等に関するもので、資金、薬剤・機器等の提供以外のもの。  
 ・委員等の委嘱を受け、同一組織からの高知医療センターへの年間合計収入額が100万円以上(税込)になるもの  
 ・外来研究員・任意研修生・客員研究員・ポストドクトラルフェロー等の受け入れ  
 ・実施許諾、権利譲渡、試験依頼、分析等に係る高知医療センターへの収入

その他の活動	有・無	※該当するものに○
--------	-----	-----------

(有の場合、企業・団体ごとに記載)

企業・団体名	
活動内容	

※活動内容欄には、活動内容を具体的に記載すること。(収入を伴うものは金額も記載)

私の臨床研究にかかる利益相反に関する状況は、上記のとおりであることに間違いありません。

申告日 令和 年 月 日

所属

申告者 \_\_\_\_\_ 印

注:利益相反項目に変化が発生した、又は、発生することが見込まれる場合には、速やかに報告書を申請した委員会に提出すること。