

受付番号： 受付日： 年 月 日

徳島大学「臨床研究に係わる利益相反」審査自己申告書

大学院ヘルスバイオサイエンス研究部長 殿

研究題目	〇〇〇〇〇〇〇〇に関する研究
------	----------------

申告者名： 徳島太郎

所属（分野）名： 〇〇〇学分野

1. 申請する倫理委員会名（該当するものに○）

- 徳島大学医学部・歯学部附属病院臨床研究倫理審査委員会
 徳島大学医学部・歯学部附属病院治験審査委員会（IRB）
 徳島大学ヒトゲノム・遺伝子解析研究倫理審査委員会
 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部倫理委員会

2. 審査を受ける者の立場

A 申告研究者

当該研究に係わる企業等に関するもので、申告日より起算して1年間の活動・報酬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	<input checked="" type="radio"/> ・ 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	〇〇〇製薬株式会社	
役割（役員・顧問等）	アドバイザー	
活動内容	最新の臨床知識に関するアドバイス	
活動時間（時間／月）	2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	<input checked="" type="radio"/> ・ 無	(年間の合計収入が100万円を超える場合、有に○)	
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)			
企業・団体名	〇〇〇製薬株式会社		
報酬・給与	万円／年	ロイヤリティ	万円／年
原稿料	万円／年	講演等	120万円／年

※収入金額は、税込み額で記載すること（以下同じ）。

B 申告研究者の家族（一親等まで）

当該研究に係わる企業等に関するもので、申告日より起算して1年間の活動・報酬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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	(年間の合計収入が100万円を超える場合、有に○)	
(有の場合のみ、企業・団体ごとに記載)			
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	講演等	万円/年

3. 申告研究者の産学官連携活動

1) 資金提供

当該研究に係わる企業等からの資金提供に関するもので、申告者若しくは所属分野が関与した研究助成金・奨学寄附金等受入れ、共同研究、受託研究、科学研究費、COEなどを含む。(申告日より起算して1年間)		
資金提供	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	(年間の合計受入れ額が200万円を超える場合、有に○)
区分	共同研究	
企業名	〇〇〇製薬株式会社	
授受金額	300万円/年	

2) 薬剤・機器等

当該研究に係わる企業等からの薬剤・機器等の提供に関するもの（申請研究分）		
薬剤・機器等の提供	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	(該当するものに○)
薬品・機器等名	〇〇〇	
企業名	〇〇〇製薬株式会社	
相当額		

※相当額については、分かれば記載すること。

3) その他の活動

当該研究に係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。(コンソーシアム、実施許諾・権利譲渡、技術研修、客員研究員・ポスドクの受入れなど。)(申告日より起算して1年間)

その他の活動	有 ・ <input checked="" type="radio"/>	(該当するものに○)
活動内容		
企業名		

※活動内容欄には、活動内容を具体的に記載すること。

4. 産学官連携活動の相手先のエクイティ

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。
(株式については、発行株式総数と取得株式数を明記して下さい。)

エクイティ保有の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/>	(該当するものに○)
企業名		
エクイティの種類(数量)		

5. インフォームドコンセント (IC) への記載

上記いずれかの項目で「有」とした研究者において、研究計画書に利益相反に関する IC の記載をしているか否か。		
記載の有無	<input checked="" type="radio"/> ・ 無	(該当するものに○)

私の臨床研究に係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 平成21年4月10日

講座・分野(診療科) ○○○分野

(署名・押印)

申告者署名 徳島太郎 印

注：当該研究に関わる企業等に関するもので申告日より起算して、1年間の活動・報酬について記載する。研究継続については、毎年4月1日に申告書を更新した形で提出する。