

(様式 1)

事務局記入欄	
受付番号	
受付年月日	年 月 日
役職の区分	役員・委員・その他

特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会
役員等就任時の利益相反(COI)自己申告書

申告日(西暦): 年 月 日

特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会 理事長 殿

申告者氏名: _____

申告者所属施設名(会員の場合:支部名): _____

本学会役職名: _____

(注)同一年月日に複数の役職に就任した場合は、当該役職名を連記しても差し支えありません。

* 申告者自身の上記役職の就任時から遡って過去 1 年間における、本学会の事業活動に関わる企業・営利を目的とした組織や団体との COI 状態を A に記載し、配偶者、一親等の親族、収入・財産を共有する者が COI 状態に該当する場合は B に記載して下さい。なお、当該申告書は申告日から2年間保管されます。

* 申告対象期間(西暦): 年 月 ~ 年 月

A. 申告者自身の申告事項

申告すべき事項【申告の基準】	該当の有無 (○印を付す)	①の場合、該当する COI 状態について、①該当事項の概要、②金額、③企業・組織や団体名等を記載して下さい。
1. 報酬額(企業・組織や団体の役員、顧問、コンサルタントによる収入)【1つの企業・組織から年間 200 万円以上】	有 ・ 無	
2. 株式(企業の株・証券)等による利益(未公開株式、新株予約券等を含む)【1つの企業につき年間の株式利益(配当と売却益の合計)が 200 万円以上、または1つの企業の発行済み株式総数の 5%以上】	有 ・ 無	
3. 特許権使用料【1つの権利使用料が年間 200 万円以上】	有 ・ 無	

(様式 1)

4. 講演料・謝礼金等【1つの企業・組織から年間100万円以上】	有・無	
5. 原稿料【1つの企業・組織から年間100万円以上】	有・無	
6. 研究費(臨床試験、受託研究、協同研究、寄付金等) 【1つの企業・組織や団体から年間200万円以上】	有・無	
7. 企業・組織や団体から提供された寄付講座への所属、兼任【企業等からの寄附講座に所属している場合に記載】	有・無	
8. 企業・組織や団体が提供する旅費、贈答品等【1つの企業・組織からの総額が年間50万円以上】	有・無	
9. 企業・組織や団体への所属(兼任、非常勤を含む)【団体に所属している場合に記載】	有・無	
10. 企業・組織や団体から研究遂行のために提供された人員・設備・施設【該当する場合に記載】	有・無	

B. 申告者の配偶者、一親等の親族、収入・財産を共有する者に関わる申告事項

申告すべき事項【申告の基準】 (注)該当する事項があれば、上A表を参照の上、必要事項を記載して下さい。	該当の有無 (○印を付す)	㊦の場合、該当するCOI状態について、①該当者氏名(申告者との関係)、②該当事項の概要、③金額、④企業・組織や団体名等を記載して下さい。
	有・無	

(注)記載欄が不足の場合は、同様の書式により追加記載して下さい。

誓約

私の職務上に関わる利益相反の状況は上記の通りであることに相違ありません。特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会の事業活動において、職務遂行上、妨げとなる利益相反状態は当該申告以外に一切ありません。なお、社会的もしくは法的な要請があった場合、当該申告書の内容を公開して差し支えないことを承諾します。

申告者氏名(自筆署名): _____ ㊦