

(様式4)

特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会
その他(倫理申請、学術調査、その他)に関わる利益相反(COI)自己申告書

申告者氏名(全員): _____

筆頭申告者所属(会員の場合:支部名): _____

申告項目: _____

* 申告者全員について、申告時過去1年間における申告内容に係る企業・営利を目的とした組織や団体との COI 状態を記載して下さい。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、「該当者氏名(申告者との関係)」のように記載して下さい。

* 申告対象期間(西暦): 年 月 ~ 年 月

申告すべき事項【申告の基準】	該当の有無 (○印を付す)	④の場合、①該当者氏名、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。
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	
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	

(注)当該申告書は申告日から2年間保管されます。

申告日(西暦): 年 月 日

筆頭申告者氏名 _____ ④