

受付番号： _____

受付日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

*事務局記載

利益相反に関する自己申告書

横浜市歯科医師会会長 殿

臨床研究名	
申告者	
所属	

1. 評価を受ける者の状況

当該研究に関係するものについて漏れなく記載すること。

A 申告研究者

(1) 外部活動（診療活動を除く）

※複数の場合は、列記すること

外部活動の有無	<input type="checkbox"/> 有（「有」とした場合は、下欄に外部活動について企業・団体ごとに記載すること） <input type="checkbox"/> 無		
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）

※複数の場合は、列記すること

収入の有無	<input type="checkbox"/> 有（年間の合計金額が同一組織から100万円を超える場合のみ「有」とし、下欄に当該収入について企業・団体ごとに記載すること） <input type="checkbox"/> 無		
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	講演謝礼等	万円/年
その他の贈与	万円/年		

B 申告研究者の生計を一にする配偶者及び家族（一親等まで）

(1) 外部活動（診療活動を除くすべてを記載）

※複数の場合は、列記すること

外部活動の有無	<input type="checkbox"/> 有（「有」とした場合は、下欄に外部活動について企業・団体ごとに記載すること） <input type="checkbox"/> 無		
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）

※複数の場合は、列記すること

収入の有無	<input type="checkbox"/> 有（年間の合計金額が同一組織から100万円を超える場合のみ「有」とし、下欄に当該収入について企業・団体ごとに記載すること） <input type="checkbox"/> 無		
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	講演謝礼等	万円/年
その他の贈与	万円/年		

2. 申告研究者の産学連携活動に係る受入額

申請研究に係るもので、申告者又はその所属分野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・奨学寄付金の受入れ、依頼試験・分析、機器の提供等について記載すること。

※複数の場合は、列記すること

産学連携活動の有無	<input type="checkbox"/> 有（年間の同一組織からの受入額が200万円を超える場合のみ「有」とし、下欄に当該受入額について活動ごとに記載すること） <input type="checkbox"/> 無		
活動内容			
企業名			

授受金額	万円/年
------	------

3. 産学連携活動の相手先のエクイティ

産学連携活動の相手先との関係（株式（公開・未公開を問わない。）、出資金、ストックオプション、受益権等）について記載すること。

※複数の場合は、列記すること

エクイティ保有の有無	<input type="checkbox"/> 有（エクイティを保有する場合のみ「有」とし、下欄に当該エクイティについて企業ごとに記載すること） <input type="checkbox"/> 無
企業名	
エクイティの種類	

【補足事項】

- (1) エクイティ(equity)とは、公開・非公開を問わず、株式、出資金、ストックオプション、受益権等をいう。
- (2) エクイティの種類においては、数量を記載すること（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%））。

私の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

申告者：_____ 印

【注意事項】

- (1) 公的機関から支給される謝金等については計上しないこと。
- (2) 申告日より遡り、1年間の活動・報酬について記載すること。
- (3) 研究実施期間中に新たに利益相反状態が発生した場合には、その時点から6週間以内に修正した自己申告書を提出すること。