

受付番号 (県薬記入)	
----------------	--

様式2-1 (研究責任者 → 神奈川県薬剤師会 → 倫理審査会)

(西暦) 年 月 日

利益相反自己申告書A

神奈川県薬剤師会 倫理審査会
委員長 様

研究題名: _____

申請者 (研究責任者)

所属 :
職名 :
氏名 :

1. 評価を受ける者の立場

A. 申告研究者

当該研究に関連するものについて洩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) 複数の場合、列記する。

収入の有無	有 ・ 無	(年間の合計収入が同一外郭組織から 100 万円を超える場合に○)	
(有の場合のみ、企業・団体ごとに下記の項目にて記載)			
(1) 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
その他贈与			万円/年

B. 申告研究者の家族（一親等まで）

当該研究に関連するものについて洩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） 複数の場合、列記する。

収入の有無	有 ・ 無	(年間の合計収入が同一外郭組織から 100 万円を超える場合に○)	
(有の場合のみ、企業・団体ごとに下記の項目にて記載)			
(1) 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
その他贈与			万円／年

2. 申告研究者の産学官連携活動にかかる受け入れ額

申請臨床研究に係るもので、申告者もしくは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、依頼出張、客員研究員・ポスドクフェローの受け入れ、研究助成金・奨学寄附金受け入れ、依頼試験・分析等を含む。		
産学官連携活動の有無	有 ・ 無	(年間の合計受け入れ額が同一外郭組織から 200 万円を超える場合に○)
活動内容		
企業名		
授受金額	万円／年	

3. 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		
エクイティ保有の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)
企業名		
エクイティの種類(数量)		

※ 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%）

4. インフォームドコンセント(IC)等への記載

利益相反に関する IC への記載説明分を添付すること		
記載の有無	有 ・ 無	(該当するものに○)

私の臨床・疫学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。

報告日:(西暦) 年 月 日

申告者記名押印もしくは署名(自署): _____印

(注)

- (1) 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。
- (2) 研究継続については、毎年4月1日に申請書を更新した形で提出する。
- (3) 研究実施期間中に新しく利益相反状態が発生した場合には、その時点より6週間以内に修正した自己申告書を提出する。

2023年7月1日改訂版