

**責任医師 記載例**

受付番号：

受付日：

**治験に係る利益相反自己申告書**

部門長 殿

治験課題名	〇〇における△△疾患の××に関する治験
-------	---------------------

**【治験事務局】**：治験実施計画書の治験課題名(邦題のみ)を記載して下さい。

報告日： 西暦 2019年2月25日

申告者名： (自署) 順天 太郎

職名： 准教授

所属名： 〇〇科

E-mail： xxxx@juntendo.ac.jp

**1. 当該治験に係る利害関係が想定される企業・団体での活動(診療活動を除く)の有無**

外部活動の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	申告基準は*1及び*2参照
申告対象者	申告者	家族 <small>(生計を一つにする配偶者及び一親等の者(両親/子ども))</small>
企業・団体名	〇〇製薬株式会社	〇〇製薬株式会社
役割(役員・顧問等)(*1)		役員
活動内容(兼業内容等)	講演・執筆	
活動時間(時間/月)	5時間/月・3時間/月	40時間/月
報酬・給与(*2)	万円/年	200万円/年
ロイヤリティー(*2)	万円/年	万円/年
原稿料(*2)	100万円/年	万円/年
講演謝礼等(*2)	300万円/年	万円/年

**【治験事務局】**：上記研究題目に関連がある利害関係のみ申告の対象となります。申告がない場合は、無にチェックして下さい。  
※欄が足りない場合は、別紙等に必要事項を記載し、ご提出下さい。

\*1. 役員・顧問等の兼業については金額に関わらず記載。企業等に在籍している場合は100万円以上の場合に記載  
\*2. 年間の合計収入額が同一企業等から100万円以上になる場合に記載

**2. 当該治験に係る申告者の産学連携活動等の有無**

産学連携活動等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
企業・団体名	△△製薬株式会社	〇〇製薬株式会社	株式会社●●
活動内容	共同研究	無償の薬品の提供	治験実施のため
受入金額	500万円/年	200万円/年	200万円/年

**【治験事務局】**：産学連携活動がある場合は、有と記載して下さい。申告がない場合は、無にチェックして下さい。

※共同研究・受託研究・寄付金については、研究代表者が一括して申告して下さい。

\*申請した治験課題名に係るもので、申告者が関与した共同研究、受託研究、寄付金、寄付講座、共同研究講座、当該企業等からの物品購入/無償の役務提供/無償の機材等の提供、当該企業等への業務委託、研究員の受け入れ等を含む  
\*産学連携活動等には公的研究費の受け入れも含む

**【治験事務局】**：無償提供の場合には、金額に換算するといくら相当になるかをご記載下さい。

**3. 当該治験に係る相手先のエクイティの有無**

エクイティ保有の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	未公開株は1株以上、公開株は発行済み株式数5%以上保有している場合に「有」にチェック☑(企業等が複数ある場合は列記、家族保有分も含む)
企業・団体名	株式会社××薬品	
エクイティ	公開株(200株:時価400万円相当)	

**【治験事務局】**：【受入金額の記載方法】  
受入金額=FIXした研究費ポイント数×6,000×責任医師と合意症例数(万以下切捨)

**【治験事務局】**：奨学寄付金については、上記研究題目に関連のある分野に係わる企業からの寄付金がある場合はご記載下さい。

\*記載例：公開株(100株：時価200万円相当)、未公開株(発行株総数の8%)

**4. 利益相反についてインフォームドコンセント(IC)への記載の有無**

記載の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	該当するものにチェック☑
-------	---	--------------

**【治験事務局】**：記載の有無は有にチェックして下さい。

注1) 申告日より起算して、過去1年間の実績及び今後1年間の見込みの活動・報酬について記載します。

注2) 治験実施期間中に新たに利益相反状態が発生した場合には、その時点より6週間以内に修正した自己申告書及び治験実施計画書を提出します。