**利益相反状況申告書**

西暦　　年　月　日

岡山済生会総合病院　院長　殿

臨床研究責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名・氏名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臨床研究課題名： | | | | | |
| No | 利益相反状態 | 状況 | 「有」の場合企業名など | | 受取金額 |
| 1 | 関連企業等からの個人収入  (1団体から計100万円以上のもの) | 有  無 |  | | 万円/年間 |
| 2 | 関連企業等の株式の5%以上の保有または関連企業等株から得られた個人収入  (1団体から計100万円以上のもの) | 有  無 |  | | 万円/年間 |
| 3 | 関連企業等からの上記研究等とは直接無関係な旅行、贈答品の受領  (1団体から計5万円以上のもの) | 有  無 |  | | 万円/年間 |
| 4 | 関連企業等が提供する寄付講座や寄付研究室等への所属 | 有  無 |  | | 万円/年間 |
| 5 | 関連企業等の役員への就任 | 有  無 |  | | 万円/年間 |
| 6 | その他、関連企業等への関与 | 有  無 |  | | 万円/年間 |
| 承認番号 |  |

下記の研究課題に関連する私の利益相反状況状態について申告します。

本様式は臨床研究を新たに実施する際に用いる。本様式は必ず利益相反状況申告書、臨床研究計画書、同意説明文書等と併せて提出すること。提出先：薬剤科　治験事務局 (総合病院2階　電話：12167、メールアドレス：chiken-hp@okayamasaiseikai.or.jp)

以上