※本自己申告書に対する問い合わせ先：社会産学連携室社会連携部社会連携グループ
Tel：内線 (霞地区)6889 Mail：syakai-soumu@office.hiroshima-u.ac.jp
別記様式（第 12 条関係）
受付番号： 受付日：平成 年 月 日

臨床研究に係る利益相反自己申告書

広島大学臨床研究利益相反管理委員会委員長 殿

研究題目：
申告者名：（自筆） 印
所 属 名： 職名：
連 絡 先：電話（内線） E-mail：

 臨床研究に係る利益相反に関する自己申告書について，下記のとおり相違ありません。

記

１．当該臨床研究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
 （該当に○印） 有 ・ 無 ※「有」の場合は以下の該当項目に記入して下さい。
申告対象者 申告研究者 家 族
企業・団体名
役割（役員・顧問等）
活動内容（兼業内容等）
活動時間 時間／月 時間／月
※年間の合計収入額が同一企業等から 100 万円を超える場合は以下に記入して下さい。
報酬・給与 万円／年 万円／年
個人特許実施関連収入 万円／年 万円／年
その他の収入 万円／年 万円／年
 ＊その他の収入には，指導助言，原稿料，顧問料，講演料等を含む。
 ＊家族とは，配偶者及び生計を一にする扶養家族をいう。

２．当該臨床研究に係る相手先のエクイティの有無 （該当に○印） 有 ・ 無
※「有」の場合は以下に記入して下さい。（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
エクイティ
＊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％）
＊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。

３．当該臨床研究に係る申告研究者の産学連携活動の有無 （該当に○印） 有 ・ 無
※「有」の場合は以下に記入して下さい。（年間の合計受入額が同一企業等から 200 万円を超え
る場合で，申告者又は所属が関与した共同研究，受託研究，寄付金，当該企業等からの物品購
入，当該企業等への業務委託・当該企業等への施設・設備の供与などに該当するもの）
（企業等が複数ある場合は列記）
企業・団体名
活動内容
受入金額 万円／年 万円／年 万円／年

注：１）当該年度及び前年度の活動・報酬について記入する。
 ２）記入欄が不足する場合は，本様式をコピーして追加して下さい。