

(様式3)

受付番号：

利益相反に関する自己申告書1

愛知県医療療育総合センター総長殿

研究課題名	
-------	--

※当該研究に関するものについて漏れなく記載して下さい

申請者名：

所属：

A 申告研究者 (該当する場合にチェックを入れる)

- 1) 企業・団体からの収入が、同一組織から年間100万円を超える
- 2) 産学連携に関連する受け入れが、同一組織から年間200万円を超える
- 3) 産学連携活動の相手先の株式等を保有している

その内容と数：

B 申告研究者の配偶者及び家族（一親等まで）

- 1) 企業・団体からの収入が、同一組織から年間100万円を超える

この研究課題に係る私の利益相反に関する状況は、上記のとおりです。

申告日 令和 年 月 日

申告者（署名） _____

注：

- 1) 申告日より起算して、1年間の活動・報酬について記載します。
- 2) 研究実施期間中に新たに利益相反が発生した場合には、速やかに修正した申告書を提出して下さい。
- 3) 該当する項目が一つでもある場合、「利益相反に関する自己申告書2」を提出して下さい。