　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記載日：西暦　　　年 　　月　　日）

**利益相反チェックシート**

|  |
| --- |
| **■研究課題名：** |
| **■研究に用いる主要な製品や薬品を供給する企業、その他利益関係団体等名：** |
| **■研究予定期間**：承認日～西暦　　　年　　月　　日 |
| **■研究体制**本学単独の研究ですか？ □:YES　 □:NO（中核機関名：　　　　　　　　　） |
| **■利益相反に関する事項** |
| **＜本研究と企業等との関係＞**  ①本研究は、当該企業が製造等をする薬剤、機器等を対象としていますか？　　　　　□:YES □:NO  ②本研究の実施に、当該企業等から受け入れた研究費等を使用しますか？　　　　　　□:YES □:NO  ③本研究に使用する薬剤、機器、試料、物品等を当該企業から無償あるいはディスカウントで受領  もしくは借用しますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□:YES □:NO  ④当該企業から無償あるいはディスカウントで役務（業務委託を含む）を受けますか？  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□:YES □:NO  ⑤本研究に、当該企業等に在籍している者、もしくは過去２年間在籍していた者等が参加し、その一部を  担当しますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □:YES □:NO   1. ～⑤のいずれかがYESの場合、該当する企業等名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **＜研究者と企業との関係＞**　以下、研究者毎にご記入ください  ◆研究責任者／責任医師名：  ①当該企業から所属部門への実質的に使途を決定し得る寄附金はありますか？ 　 □:YES □:NO  ※「実質的に使途を決定し得る」とは、当該企業が受入研究者に管理・申告を求めているものをいう。  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の金額を記載：　　　　　　　　　　　　　　　万円）  ②当該企業が提供する寄附講座に所属していますか？ □:YES □:NO  ③当該臨床研究を開始する年度又はその前年度に当該企業との間に個人的利益関係はありますか？  □:YES □:NO  ※「個人的利益関係」とは、講演料、原稿料、コンサルティング、ライセンス、贈答、接遇等による収入  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の総金額と内訳を記載：　　　　　　　　　　　万円)  （内訳：講演料　　　万円、原稿料　　　万円、交通費　　　万円、その他（　　）　　　万円）  ④当該企業の役員等に就任していますか？ □:YES □:NO  ⑤当該企業の株式、知的財産権を保有していますか？ □:YES □:NO  ◆当該研究者と生計を一にする配偶者及び一親等の者  ①－  ②－  ③当該臨床研究を開始する年度又はその前年度に当該企業との間に個人的利益関係はありますか？  　□:YES　□:NO  ※「個人的利益関係」とは、講演料、原稿料、コンサルティング、ライセンス、贈答、接遇等による収入  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の総金額と内訳を記載：　　　　　　　　　　　万円)  （内訳：講演料　　　万円、原稿料　　　万円、交通費　　　万円、その他（　　）　　　万円）  ④当該企業の役員等に就任していますか？ □:YES □:NO  ⑤当該企業の株式、知的財産権を保有していますか？ □:YES □:NO |

必要に応じて、このページをコピーもしくは削除

|  |
| --- |
| **■利益相反に関する事項　つづき** |
| **＜研究者と企業との関係＞**  ◆分担研究者／分担医師名：  ①当該企業から所属部門への実質的に使途を決定し得る寄附金はありますか？ 　 □:YES □:NO  ※「実質的に使途を決定し得る」とは、当該企業が受入研究者に管理・申告を求めているものをいう。  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の金額を記載：　　　　　　　　　　　　　　　万円）  ②当該企業が提供する寄附講座に所属していますか？ □:YES □:NO  ③当該臨床研究を開始する年度又はその前年度に当該企業との間に個人的利益関係はありますか？  □:YES □:NO  ※「個人的利益関係」とは、講演料、原稿料、コンサルティング、ライセンス、贈答、接遇等による収入  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の総金額と内訳を記載：　　　　　　　　　　　万円)  （内訳：講演料　　　万円、原稿料　　　万円、交通費　　　万円、その他（　　）　　　万円）  ④当該企業の役員等に就任していますか？ □:YES □:NO  ⑤当該企業の株式、知的財産権を保有していますか？ □:YES □:NO  ◆当該研究者と生計を一にする配偶者及び一親等の者  ①－  ②－  ③当該臨床研究を開始する年度又はその前年度に当該企業との間に個人的利益関係はありますか？  　□:YES　□:NO  ※「個人的利益関係」とは、講演料、原稿料、コンサルティング、ライセンス、贈答、接遇等による収入  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の総金額と内訳を記載：　　　　　　　　　　　万円)  （内訳：講演料　　　万円、原稿料　　　万円、交通費　　　万円、その他（　　）　　　万円）  ④当該企業の役員等に就任していますか？ □:YES □:NO  ⑤当該企業の株式、知的財産権を保有していますか？ □:YES □:NO |
| ◆分担研究者／分担医師名：  ①当該企業から所属部門への実質的に使途を決定し得る寄附金はありますか？ 　 □:YES □:NO  ※「実質的に使途を決定し得る」とは、当該企業が受入研究者に管理・申告を求めているものをいう。  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の金額を記載：　　　　　　　　　　　　　　　万円）  ②当該企業が提供する寄附講座に所属していますか？ □:YES □:NO  ③当該臨床研究を開始する年度又はその前年度に当該企業との間に個人的利益関係はありますか？  　□:YES　□:NO  ※「個人的利益関係」とは、講演料、原稿料、コンサルティング、ライセンス、贈答、接遇等による収入  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の総金額と内訳を記載：　　　　　　　　　　　万円)  （内訳：講演料　　　万円、原稿料　　　万円、交通費　　　万円、その他（　　）　　　万円）  ④当該企業の役員等に就任していますか？ □:YES □:NO  ⑤当該企業の株式、知的財産権を保有していますか？ □:YES □:NO  ◆当該研究者と生計を一にする配偶者及び一親等の者  ①－  ②－  ③当該臨床研究を開始する年度又はその前年度に当該企業との間に個人的利益関係はありますか？  　□:YES　□:NO  ※「個人的利益関係」とは、講演料、原稿料、コンサルティング、ライセンス、贈答、接遇等による収入  （YESの場合、企業名及び当年度あるいは前年度の総金額と内訳を記載：　　　　　　　　　　　万円)  （内訳：講演料　　　万円、原稿料　　　万円、交通費　　　万円、その他（　　）　　　万円）  ④当該企業の役員等に就任していますか？ □:YES □:NO  ⑤当該企業の株式、知的財産権を保有していますか？ □:YES □:NO |

利益相反マネージメント委員会事務局使用

|  |
| --- |
| **※**利益相反マネージメント委員会コメント（記載日：西暦　　　　年　　月　　日）  委員会コメント（記載日：西暦　　　年　　月　　日） |
| 利益相反マネージメント委員会 |

**産学連携・知的財産等チェックシート**

|  |
| --- |
| ■学会・論文  本件研究の学会への投稿・発表の予定はありますか？　　　　□:YES　□:NO　□未定  　(YESの場合，投稿時期、発表時期を記載ください：投稿　　年　月頃、発表　　年　月頃)  本件研究の論文投稿・掲載の予定はありますか？　　　　　　□:YES　□:NO　□未定  　(YESの場合，投稿時期、掲載時期を記載ください：投稿　　年　月頃、掲載　　年　月頃)  ■知的財産  本件研究における特許出願等の予定はありますか？ 　　　　□:YES　□:NO　□未定  　(YESの場合，発明発掘時期・出願希望時期を記載ください：発掘　　年　月頃、出願　　年　月頃)  ■産学連携  本件研究における企業との連携を考えておられますか？　　　□:YES　□:NO  　(YESの場合，希望時期を記載ください：　　年　　月頃)　　□:連携済　□必要なら連携したい  ■外的資金（AMED等）公募  本件研究における外的資金への応募を考えておられますか？　□:YES　□:NO　□可能なら応募したい  　(応募を考えておられる場合、時期・種別を記載ください：　　年　月頃、科研費、AMED、他（　　　　）)  ■研究カテゴリ  A：モダリティ  □①再生医療、□②細胞治療、□③低分子、□④中分子(ペプチド等）、□⑤抗体バイオ医薬品  □⑥DDS、□⑦ワクチン、□⑧遺伝子治療（ベクター系）、□⑨遺伝子治療（非ベクター系）  □⑩核酸医薬、□⑪天然物、□⑫放射線医薬品、□⑬その他の治療手段、□⑭診断薬、  □⑮医療機器、□⑯治療・診断に関する研究ではない  B：疾病領域  □１：がん領域、□２：自己免疫／炎症領域、□３：感染症領域、□４：疼痛領域  □５：循環器疾患領域、□６：腎疾患領域、□７：泌尿器疾患領域、□８：消化器疾患領域  □９：筋・骨格系疾患領域、□10：代謝性疾患領域、□11：呼吸器系疾患領域  □12：皮膚疾患領域、□13：血液・造血器疾患領域、□14：線維症領域  □15：感覚器疾患領域、□16：内分泌疾患領域、□17：産婦人科疾患領域  □18：神経系疾患領域、□19：精神疾患領域、□20：希少疾患／難病領域  □21：遺伝性疾患領域、□22：救急・集中治療領域、□23：眼疾患領域、  □24：歯科・口腔領域、□25：その他の疾患領域、□26：特定の疾病に関する研究ではない  本件研究の論文投稿・掲載予定ありますか？ ■:YES　□:NO  　(YESの場合，投稿時期、掲載時期を記載ください：投稿　　年　月頃、発表　　年　月頃) |
| 産学連携知的財産統括室コメント（記載日：西暦　　　　年　　月　　日） |