

三重県病院薬剤師会：利益相反（COI）自己申告書

会合名：

演題名：

演者名：

以下に企業・法人や営利を目的とした組織・団体との COI 関係について記載して下さい。

項目	該当の状況	該当する場合には企業名、団体名を記載
①企業や営利を目的とした団体からの報酬等の収入 1つの企業・団体から年間100万円を超えるもの	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
②株式の保有 1つの企業の株式による年間利益が100万円を超えるもの、あるいは当該全株式の5%を超えて保有している場合	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
③企業や営利を目的とした団体から知的財産権使用料（特許権使用料等）として支払われた収入など 1つにつき年間100万円を超えるもの	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
④企業や営利を目的とした団体より、会議の出席（発表）に対し、研究を拘束した時間・労力に対して支払われた日当、講演料 1つの企業・団体から年間合計50万円を超えるもの	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
⑤企業や営利を目的とした団体のパンフレットなどの執筆に対して支払われた原稿料など 1つの企業・団体から年間合計50万円を超えるもの	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
⑥企業や営利を目的とした団体が提供する研究費（受託研究、共同研究、助成金、寄付金）など 1つの企業・団体から支払われた総額が年間200万円を超えるもの	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

(本 COI 自己申告書は該当する会合終了後、5年間保管して下さい。)

演者：

印