

3. 企業や営利を目的とした団体から特許権使用料として支払われた報酬

- 1つの特許使用料が年間100万円以上のものを記載してください

いずれかをチェックして下さい: (<input type="checkbox"/> 該当あり ・ <input type="checkbox"/> 該当なし) (ありの場合は以下に記載して下さい)			
企業名等	金額(万円)		
	100万円以上の際の総額		
	20**年	20**年	20**年

4. 企業や営利を目的とした団体より、会議の出席(発表、助言など)に対し、研究者を拘束した時間労力に対して支払われた日当、講演料などの報酬

- 1つの企業・団体からの原稿料が年間合計50万円以上のものを記載してください
- 契約の有無にかかわらず不定期に開催される企業のアドバイザー会議等の報酬はこの欄に記載してください

いずれかをチェックして下さい: (<input type="checkbox"/> 該当あり ・ <input type="checkbox"/> 該当なし) (ありの場合は以下に記載して下さい)			
企業名等	金額(万円)		
	50万円以上の際の総額		
	20**年	20**年	20**年

5. 企業や営利を目的とした団体がパンフレットなどの執筆に対して支払った原稿料

- 1つの企業・団体からの原稿料が年間合計50万円以上のものを記載してください

いずれかをチェックして下さい: (<input type="checkbox"/> 該当あり ・ <input type="checkbox"/> 該当なし) (ありの場合は以下に記載して下さい)			
企業名等	金額(万円)		
	50万円以上の際の総額		
	20**年	20**年	20**年

6. 企業や営利を目的とした団体が提供する研究区分(産学共同研究、受託研究、治験、その他)と研究費

- 申告者が施設の責任医師(例、治験責任医師等)の場合について、記載ください。
- 1つの企業・団体から、医学系研究(共同研究、受託研究、治験など)に対して、申告者が実質的に用途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた年間合計100万円以上のものを記載してください(AMED等の公的研究費は記載不要です)
- 非営利法人(NPO等)や公益法人(社団・財団等)からの資金(受託研究、研究助成金等)を受けて研究者主導臨床研究を実施する場合は、研究に対する資金の提供者である企業名を併記してください。

いずれかをチェックして下さい: (<input type="checkbox"/> 該当あり ・ <input type="checkbox"/> 該当なし) (ありの場合は以下に記載して下さい)				
企業名等	産業共同研究/受託研究/治験/その他	金額(万円)		
		100万円以上の際の総額		
		20**年	20**年	20**年

7. 企業や営利を目的とした団体が提供する奨学(奨励)寄附金

- 1つの企業・団体から、申告者が実質的に用途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた年間合計100万円以上のものを記載してください。
- 申告者個人名義(例:〇〇大学医学部△△講座 □□教授等)で受け取った奨学(奨励)寄附金について記載してください。
- ここには、組織名義(例:〇〇大学)等で受け取った奨学(奨励)寄附金は記載不要です。(別紙組織COIにて記載いただきます)

いずれかをチェックして下さい:(<input type="checkbox"/> 該当あり・ <input type="checkbox"/> 該当なし)(ありの場合は以下に記載して下さい)			
企業名等	金額(万円)		
	100万円以上の際の総額		
	20**年	20**年	20**年

8. 企業などが提供する寄附講座

- 金額に関わらず企業などからの寄附講座に所属している場合には、「寄附講座に所属している」にチェック下さい。
- 実質的に用途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた給与等、年間合計100万円以上のものを記載してください

金額に関わらず、いずれかをチェックして下さい:(<input type="checkbox"/> 寄附講座に所属している・ <input type="checkbox"/> 所属していない)			
企業名等	金額(万円)		
	100万円以上の際の総額		
	20**年	20**年	20**年

9. 裁判に際して、企業等からの依頼を受けて、専門的な証言・助言・評価・コメント等の報酬

- 1つ裁判に際して、年間合計100万円以上のものを記載してください

いずれかをチェックして下さい:(<input type="checkbox"/> 該当あり・ <input type="checkbox"/> 該当なし)(ありの場合は以下に記載して下さい)			
企業名等	金額(万円)		
	100万円以上の際の総額		
	20**年	20**年	20**年

10. その他の報酬(研究とは直接に関係しない旅行、贈答品など)

いずれかをチェックして下さい:(<input type="checkbox"/> 該当あり・ <input type="checkbox"/> 該当なし)(ありの場合は以下に記載して下さい)			
企業名等	金額(万円)		
	5万円以上の際の総額		
	20**年	20**年	20**年

誓約:私の利益相反に関する状況は上記の通りであることに相違ありません。私の日本臨床腫瘍学会での職務遂行上で妨げとなる、これ以外の利益相反状態は一切ありません。なお、本申告書の内容は、社会的・法的な要請があった場合は公開することを承認します。

申告日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

申告者氏名: _____