**利益相反マネジメントに関する資料**

公益財団法人健康予防医学財団

倫理審査委員会 委員長　　　殿

申請者（研究責任者（研究代表者））

所属：

職名：

氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |

**本研究における資金提供に関する情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 資金提供者 |  |
| 提供資金額 | \ |
| 研究期間 | 年　　　　　月　～　　　　　　　年　　　　　月 |
| 施設数 | 施設 |
| 症例数 | 例 |

**利益提供（申請年度及びその前年度に資金提供者から受けた謝金等）**

|  |  |
| --- | --- |
| 謝金又は礼金等 | \ |
| 交通費等 | \ |
| 執筆料等 | \ |
| 寄付金等\* | \ |
| その他 | \ |

\*寄付金には申請者が主宰した学会・研究会等への寄付金を含む（その場合には開催学会を記入すること）

**その他の利益提供（地位・株式等の特筆すべき利益提供）**

|  |  |
| --- | --- |
| 利益提供の有無 | □　無し　　・　　□　有り |
| 有りの場合、その内容 |  |

**利益相反マネジメントへの対応**

|  |
| --- |
| **（資金提供者の影響を排除する方法等を記述する）** |