

(様式 4)

一般社団法人日本臨床歯科 CADCAM 学会役員等就任時の利益相反(COI)自己申告書

申告日(西暦): 年 月 日

一般社団法人日本臨床歯科 CADCAM 学会 COI 委員会委員長 殿

申告者氏名:

申告者所属施設名:

本学会役職名:

※ 複数の役職に同じ日付で就任したときは、役職名を連記しても差し支えありません。

* 一般社団法人日本臨床歯科 CADCAM 学会 CADCAM 領域における研究の COI に関する指針および同細則を参照のうえ、申告者について、上記役職への就任時から遡って過去 1 年間における、本学会が行なう事業に関連する企業・組織や団体との利益相反状態を記載して下さい。

* 申告対象期間(西暦): 年 月 ~ 年 月

申告すべき事項	申告基準	該当の有無	有の場合、①該当事項の概要、②金額、③企業・組織や団体名などを記載して下さい。
① 研究費・助成金など	1つの企業・組織や団体から支払われた総額が年間 200 万円以上	有・無	
② 奨学寄付金など	1つの企業・組織や団体から支払われた総額が年間 200 万円以上	有・無	
③ 役員・顧問職	1つの企業・組織や団体から年間 100 万円以上	有・無	
④ 企業などが提供する寄付講座	企業などからの寄付講座に所属している場合	有・無	
⑤ 株式などによる利益	1つの企業から年間 100 万円以上、あるいは当該株式の 5%以上保有	有・無	
⑥ 特許権使用料	1件につき年間 100 万円以上	有・無	
⑦ 講演料	1つの企業・組織や団体から年間 50 万円以上	有・無	
⑧ 原稿料	1つの企業・組織や団体から年間 50 万円以上	有・無	
⑨ 旅費、贈答品などの受領	1つの企業・組織や団体から年間 10 万円以上	有・無	

※ 記載欄が不足の場合は、同様の書式により追加記載して下さい。

(注) 本利益相反自己申告書は任期終了日から2年間保管されます。

誓約

私の職務上に関わる利益相反の状況は上記の通りであることに相違ありません。一般社団法人日本臨床歯科 CADCAM 学会の事業活動において、職務遂行上、妨げとなる利益相反状態は本申告以外に一切ありません。なお、社会的もしくは法的な要請があった場合、本申告書の内容を公開して差し支えないことを承諾します。

申告者氏名(自筆署名):