

(理事・監事・委員会委員長・学術集会会長・同副会長)

利益相反事項に関する報告

西暦 年 月 日

日本臨床腫瘍学会
理事長 殿
理事会 御中

氏 名	㊟
<hr/>	
所属機関	
<hr/>	
役職・地位	
<hr/>	

今般、私は日本臨床腫瘍学会の下記役員に選任されることになりましたので、その就任に先立ち、日本臨床腫瘍学会利益相反の取扱いに関する規程（以下、利益相反規程といいます）にしたがい、別紙報告書（第一次）のとおり報告いたします。

今回の報告に基づき、日本臨床腫瘍学会・理事・監事・委員会委員長の選任並びに今後の活動に関し、利益相反の問題が生ずる可能性がある場合には、理事会の判断により、選任の撤回が行われた場合には、異議なくそれを受諾します。

【担当職務】 ※該当職務に✓印を付けてください

- [] 理事
- [] 監事
- [] 学術集会会長
- [] 学術集会副会長

[] 委員会委員長・委員 ※該当する場合は、下記に委員会名を記入してください

- [] 委員会
- [] 委員会

利益相反事項に関する報告書

西暦 年 月 日

日本臨床腫瘍学会

理事長 殿

理事会 御中

氏名 _____ ㊞

日本臨床腫瘍学会での活動にあたり、重要な利害関係を有する可能性がある企業等に関し、学会規程に従い報告します。

1 所属機関の名称・所属機関における地位・役職（現職）

所属機関名	
役職（地位）	

・寄附講座の場合は、役職（地位）の欄に寄附講座であること、研究の課題、寄附者、講座設置期間を記して下さい

記載上の留意事項

1. 年 1 月～ 年 12 月のものについて記載して下さい。
2. 原則として、税込価格で記載して下さい。
3. 親族とは、「生計を一にするもの」を指します。
4. 金額は 1 企業からの収入であり、複数企業からの合計ではありません。
5. 開示された情報は、日本臨床腫瘍学会個人情報保護方針に則って適正かつ厳重に保護します。また、原則として非公開とします。但し、日本製薬工業協会の「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」に則り、製薬企業等から一部の情報が公開される場合がありますので整合性にご配慮下さい。
6. ご質問、ご意見は日本臨床腫瘍学会事務局（jsmo@jsmo.or.jp）までお寄せ下さい。

2 企業等から医業収入以外の給与・（継続的な業務としての）顧問料・特許使用料として年間 100 万円以上の支払を受けています。

いずれかをチェックして下さい：□該当なし・□該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）					
本人・親族 の別	企業名等	支払の理由	金額（万円）		
			100 万円以上の際の総額		
			年	年	年
本人・親族					
本人・親族					
本人・親族					

- ・民間企業が経営する医療機関において、医師・薬剤師・看護師等として医業に従事することで得られる収入については記載不要です。
- ・親族が企業に社員として従事することで得られる収入については、金額の記載は不要です。

- ・親族が製薬企業に社員として従事している場合は、一部の役職就任や活動について制限がございます。
- ・不定期に開催される企業のアドバイザリー会議等の報酬は4の欄に記載して下さい。

3 企業等の効果安全性評価委員または独立データモニタリング委員に就任しています。

いずれかをチェックして下さい： <input type="checkbox"/> 該当なし・ <input type="checkbox"/> 該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）			
企業名等	金額（万円）	年度（西暦）	受領者
			個人・施設

4 企業等の代表者・役員・業務執行者となっているか、もしくは株式・出資金・その他により10%以上の持分を有しています。

いずれかをチェックして下さい： <input type="checkbox"/> 該当なし・ <input type="checkbox"/> 該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）		
本人・親族の別	企業名等	役割または持分の内容
本人・親族		

5 企業等から講演料等として年間50万円以上の支払を受けています。

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

- ・不定期に開催される企業のアドバイザリー会議等の報酬はこの欄に記載して下さい。

6 企業等から原稿料等として年間 50 万円以上の支払を受けています。

いずれかをチェックして下さい：□該当なし・□該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）				
本人・親族 の別	企業名等	金額（万円）		
		50 万円以上の際の総額		
		年	年	年
本人・親族				

・製薬企業等とは無関係の出版社についての記載は不要です。関連が否定できないものについては記載して下さい。

7-(1) 施設の研究責任者となっている企業治験について企業名を記載して下さい。(定められた期間内に該当するものであり、現在のものではないことにご注意下さい)

いずれかをチェックして下さい：□該当なし・□該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）	
本人・親族 の別	企業名
本人・親族	

7-(2) 研究責任者となっている委受託研究（治験を除く）に対し、企業等から年間 100 万円以上の研究費の提供を受けています。

いずれかをチェックして下さい：□該当なし・□該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）				
本人・親族の別	企業名等	金額（万円）		
		100 万円以上の際の総額		
		年	年	年
本人・親族				

・契約総額を記載して下さい。

7-(3) 研究責任者となっている企業との共同研究(知的財産権についての一定配分が生じる研究)に対し、企業等から年間100万円以上の研究費の提供を受けています。

いずれかをチェックして下さい： 該当なし・該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）

本人・親族の別	企業名等	金額（万円）		
		100万円以上の際の総額		
		年	年	年
本人・親族				

・契約総額を記載して下さい。

8 「名宛人」としてその所属機関に対し年間100万円以上の研究助成(寄付)を受けています。

いずれかをチェックして下さい： 該当なし・該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）

本人・親族の別	企業名等	金額（万円）		
		100万円以上の際の総額		
		年	年	年
本人・親族				

・件数が多い場合は、記載欄を増やすか、別途印刷したものを添付して下さい。

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・鑑定・助言・評価・コメント等に対し、年間100万円以上の報酬を得ています。

いずれかをチェックして下さい： 該当なし・該当あり（ありの場合は以下に記載して下さい）

本人・親族の別	企業名等	支払の理由	金額（万円）		
			100万円以上の際の総額		
			年	年	年
本人・親族					

10 臨床試験を行っている法人 (NPO 法人を含む) の代表者である場合は、その法人名と寄付・研究費を受けている企業名を記載して下さい。

いずれかをチェックして下さい： <input type="checkbox"/> 該当なし・ <input type="checkbox"/> 該当あり (ありの場合は以下に記載して下さい)	
本人・親族の別	企業名等
本人・親族	

11 その他 (自由記載です。利益相反について疑問点、気になる点、コメントを記載して下さい。)

--