**日本脳神経外科学会医学研究利益相反自己申告書　別紙２（非会員家族の申告）**

《　研究題目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》

《　申 告 者：　 研究代表者 　・　 研究分担者 　》　　（いずれかに○をしてください）

申告者氏名（和文表記） 　　　　　　　　　　　　（英文表記）

所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

E-mailアドレス：

① 本研究に関連する企業や団体の役員，顧問職

申告基準：単一の企業・団体からの報酬額が年間100 万円以上

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名 | 申告日より起算した過去3年間の収入 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（複数ある場合，欄を増やして列記する）

②本研究に関連する企業や団体の 株の保有

申告基準：単一の企業についての1 年間の株による利益（配当，売却益の総和）が100万円以上の場合，あるいは当該全株式の5％以上を所有

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 | 申告日より起算した過去3年間の株による利益 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 企業名 | 当該全株式の5％以上を所有の有無 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（複数ある場合，欄を増やして列記する）

③本研究に関連する企業や団体からの特許権使用料

申告基準：１件あたりの特許権使用料が年間100 万円以上

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名 | 申告日より起算した過去3年間の特許権使用料 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（複数ある場合，欄を増やして列記する）

* **研究が継続している間に、状況に変更が生じた場合には、直ちに再提出願います。**

私の医学研究に係る利益相反に関する状況は上記のとおりであることに相違ありません。

申告日　　西暦　　　　年　　月　　日

申告者氏名（自筆）