

(様式1)

**特定非営利活動法人日本顎咬合学会  
学術集会等の発表に関わる利益相反(COI)自己申告書**

申告日(西暦):                    年            月            日

特定非営利活動法人  
日本顎咬合学会 理事長 殿

申告者氏名: \_\_\_\_\_

申告者の所属: \_\_\_\_\_

発表演題名: \_\_\_\_\_

申告者自身の上記発表に係る抄録登録時から遡って過去 1 年間における、上記発表内容等に関わる企業・組織や団体との COI 状態を A に記載し、配偶者、一親等の親族、収入・財産を共有する者が COI 状態に該当する場合は B に記載して下さい。

申告すべき事項と基準の詳細については、本学会 COI 指針を参照の上、事項ごとに COI 状態の概要を明記して下さい。

本申告書は学術集会等の開催日から 2 年間保管されます。

申告対象期間(西暦):            年            月 ~            年            月

A. 申告者自身の申告事項

申告すべき事項及び申告の基準	該当の有無 (○印を付す)	① の場合 該当する COI 状態について ① 該当事項の概要 ② 金額 ③ 企業・組織や団体名 等 を記載して下さい
1. 報酬 1つの企業・組織や団体から年間 100 万円以上	有 ・ 無	
2. 株式の保有 1つの企業からの配当利益等が年間 100 万円以上、あるいは当該全株式の 5%以上保有	有 ・ 無	
3. 特許権使用料 1つにつき年間 100 万円以上	有 ・ 無	
4. 講演料等 1つの企業・組織や団体から年間 50 万円以上	有 ・ 無	

(様式1)

5. 原稿料 1つの企業・組織や団体から年間50万円以上	有・無	
6. 研究費・助成金等 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	
7. 奨学(奨励)金・寄付金等 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	
8. 寄付講座への所属	有・無	
9. 人員・設備・施設の提供	有・無	
10. 旅費、贈答品等の受領 1つの企業・組織や団体から年間10万円以上	有・無	

B. 申告者の配偶者、一親等の親族、収入・財産を共有する者に関わる申告事項

申告すべき事項及び申告の基準  該当する事項がある際は、上A表を参照の上、 必要事項を記載して下さい	該当の有無 (○印を付す)	④の場合 該当するCOI状態について ① 該当者氏名 ② 該当事項の概要 ③ 金額 ④ 企業・組織や団体名 等を記載して下さい
	有・無	

(注)記載し切れない場合には、同様の書式に追加して記載してください。

誓 約

私の発表内容等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。特定非営利活動法人日本顎咬合学会の事業活動の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。尚、社会的若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): \_\_\_\_\_ ④