

(様式4)

事務局記入欄	
受付番号	
受付年月日	年 月 日
役職の区分	役員・委員長・委員・会長・その他

## 公益社団法人日本口腔外科学会 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

(公社)日本口腔外科学会理事長 殿

申告者氏名: \_\_\_\_\_

申告者所属施設名: \_\_\_\_\_

本学会役職名: \_\_\_\_\_

\* 申告者自身の上記役職の就任時から遡って過去 1 年間に於ける、本学会の事業活動に関わる企業・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 指針及び細則を参照の上、事項ごとに COI 状態の概要を明記して下さい。その上で、C のいずれかに 印を付けてお答えください。なお、本 COI 自己申告書は申告日から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[申告の基準]	該当の有無 ( 印を付す)	有の場合、該当する COI 状態について、 該当者氏名、該当事項の概要、 金額、企業・組織や団体名などを 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. 株式の保有による利益 [1 つの企業で年間 100 万円以上の株式による利益、あるいは全株式の 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	

(様式4)

4. 日当(講演料など)[1つの企業・組織や団体から年間50万円以上]	有・無	
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[1つの企業・組織や団体から申告者個人もしくは申告者が所属する講座あるいは研究室に支払われた総額が年間200万円以上]	有・無	
7. 奨学(奨励)寄附金など[1つの企業・組織や団体から申告者個人もしくは申告者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間200万円以上]	有・無	
8. 企業・組織や団体が提供する寄附講座[申告者が所属している場合]	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5万円以上]	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 (注)該当する事項があれば、上表を参照の上、必要事項を記載して下さい。	該当の有無 (印を付す)	有の場合、該当するCOI状態について、該当者氏名(申告者との関係)、該当事項の概要、金額、企業・組織や団体名などを記載して下さい。
	有・無	

(注)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。

C. 上記のCOI状態において、本学会の事業活動の中立性・公平性は担保されているか否か( )  
内に 印を付けてお答えください(申告すべきCOI状態の無い方は、「担保されている」の方に 印をして下さい。)

( ) 担保されている。 ( ) 担保されていない

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。(公社)日本口腔外科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): \_\_\_\_\_ 印