

(様式1)

公益社団法人日本口腔外科学会 学術大会・支部学術集会などにおける
講演・口演・ポスター発表に関わる利益相反(COI)自己申告書

発表者氏名(全員): _____

筆頭発表者所属(略称可): _____

発表演題名: _____

* 発表者全員について、発表内容に関係する企業・組織や団体とのCOI状態を記載して下さい。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、「該当者氏名(発表者との関係)」のように記載して下さい。

* 申告対象期間(西暦): 年 月 ~ 年 月

申告すべき事項【申告の基準】	該当の有無 (印を付す)	有の場合、 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. 株式などによる利益【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	
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・組織や団体から発表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・組織や団体から発表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【発表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	

(注)本 COI 自己申告書は申告日から2年間保管されます。

申告日(西暦): 年 月 日

筆頭発表者氏名(自筆署名) _____ ⑩