※青字、赤字のキャプションは申請時に削除を御願いいたします。

年　　月　　　日

利益相反確認報告書（一括審査用）

国立大学法人滋賀医科大学倫理審査委員会　委員長 殿

滋賀医科大学研究責任者　殿

下記の研究について、所属機関における利益相反管理基準に基づき、本申告内容の確認が行われましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究代表者 | 所属：  職名：  氏名： |
| 研究の種類 | □介入研究　□観察研究  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究責任者 | ※一括審査を依頼される施設（本学が代表の場合は共同研究機関）の研究責任者についてご記入ください  氏名：  所属機関：  所属：  職名：  住所：  E-mail：  電話番号： |
| 研究分担者 | ※一括審査を依頼される施設（本学が代表の場合は共同研究機関）の研究分担者についてご記入ください  氏名：  所属機関：  所属：  職名：  住所：  E-mail：  電話番号： |
| 利益相反確認者 | ※一括審査を依頼される施設（本学が代表の場合は共同研究機関）の利益相反を確認される担当者についてご記入ください  氏名：  所属；  職名； |
| 確認結果 | □特段の処置は必要ありません  □必要な処置を実施するための管理計画書を作成してください。  □その他（ |

以上

＊研究分担者が複数の場合は枠を追記して下さい。