　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記載日：西暦　　　年 　　月　　日）

**利益相反チェックシート**

**（COIの対象となる企業、団体がない場合）**

|  |
| --- |
| **■研究課題名：** |
| **■研究に用いる主要な製品や薬品を供給する企業、その他利益関係団体等名：**  なし |
| **■研究予定期間**：承認日～西暦　　　年　　月　　日 |
| **■研究体制**本学単独の研究ですか？ □:YES　 □:NO（中核機関名：　　　　　　　　　） |
| **■利益相反に関する事項（研究者名のみ記載）** |
| 研究責任者／責任医師名：  分担研究者／分担医師名： |

利益相反マネージメント委員会事務局使用

|  |
| --- |
| **※**利益相反マネージメント委員会コメント（記載日：西暦　　　　年　　月　　日）  委員会コメント（記載日：西暦　　　年　　月　　日） |
| 対象製品・技術供与企業はない。  利益相反マネージメント委員会 |

**産学連携・知的財産等チェックシート**

|  |
| --- |
| ■学会・論文  本件研究の学会への投稿・発表の予定はありますか？　　　　□:YES　□:NO　□未定  　(YESの場合，投稿時期、発表時期を記載ください：投稿　　年　月頃、発表　　年　月頃)  本件研究の論文投稿・掲載の予定はありますか？　　　　　　□:YES　□:NO　□未定  　(YESの場合，投稿時期、掲載時期を記載ください：投稿　　年　月頃、掲載　　年　月頃)  ■知的財産  本件研究における特許出願等の予定はありますか？ 　　　　□:YES　□:NO　□未定  　(YESの場合，発明発掘時期・出願希望時期を記載ください：発掘　　年　月頃、出願　　年　月頃)  ■産学連携  本件研究における企業との連携を考えておられますか？　　　□:YES　□:NO  　(YESの場合，希望時期を記載ください：　　年　　月頃)　　□:連携済　□必要なら連携したい  ■外的資金（AMED等）公募  本件研究における外的資金への応募を考えておられますか？　□:YES　□:NO　□可能なら応募したい  　(応募を考えておられる場合、時期・種別を記載ください：　　年　月頃、科研費、AMED、他（　　　　）)  ■研究カテゴリ  A：モダリティ  □①再生医療、□②細胞治療、□③低分子、□④中分子(ペプチド等）、□⑤抗体バイオ医薬品  □⑥DDS、□⑦ワクチン、□⑧遺伝子治療（ベクター系）、□⑨遺伝子治療（非ベクター系）  □⑩核酸医薬、□⑪天然物、□⑫放射線医薬品、□⑬その他の治療手段、□⑭診断薬、  □⑮医療機器、□⑯治療・診断に関する研究ではない  B：疾病領域  □１：がん領域、□２：自己免疫／炎症領域、□３：感染症領域、□４：疼痛領域  □５：循環器疾患領域、□６：腎疾患領域、□７：泌尿器疾患領域、□８：消化器疾患領域  □９：筋・骨格系疾患領域、□10：代謝性疾患領域、□11：呼吸器系疾患領域  □12：皮膚疾患領域、□13：血液・造血器疾患領域、□14：線維症領域  □15：感覚器疾患領域、□16：内分泌疾患領域、□17：産婦人科疾患領域  □18：神経系疾患領域、□19：精神疾患領域、□20：希少疾患／難病領域  □21：遺伝性疾患領域、□22：救急・集中治療領域、□23：眼疾患領域、  □24：歯科・口腔領域、□25：その他の疾患領域、□26：特定の疾病に関する研究ではない |
| 産学連携知的財産統括室コメント（記載日：西暦　　　　年　　月　　日） |