（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**

|  |
| --- |
| **１．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)**２．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)**３．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**４．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（　　　　）)**５．外的資金公募対応チェック項目（４．にて「YES」又は「可能なら」をチェックした場合のみ）**A：プロジェクト□①医薬品、□②医療機器・ヘルスケア、□③再生・細胞医療・遺伝子治療、□④疾患基礎研究、□⑤シーズ開発・研究基盤、□⑥CiCLE、□⑦基金、□⑧スタートアップB：疾患領域□①がん、□②生活習慣病、□③精神・神経疾患、□④老年医学・認知症、□⑤難病、□⑥成育、□⑦感染症、□⑧その他の疾患C：開発フェーズ□①基礎的、□②応用、□③非臨床研究・前臨床研究、□④臨床試験、□⑤治験、□⑥観察研究、□⑦市販後**６，大学発ベンチャーの起業**□ 計画がある、□　興味がある　□　計画はない**７．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  |
| イノベーション・ベンチャー推進室　コメント（記載日：西暦　　　年　　月　　日） |