

利益相反に関する申告書

長崎みなとメディカルセンター
院長 殿

氏名 _____ 印

(自署(手書き))

私は、利益相反について下記内容を報告いたします。

1	報告日 年 月 日
2	本法人以外の企業・団体からの、資金(含出張旅費等)提供の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (算出期間 年 月 ~ 年 月) 但し、下記事項は除く。 ①奨学寄附金、講演料(含旅費)、原稿執筆料 ②役員を兼務する他学会からの旅費、日当など
3	提供を受けた企業または団体名
4	名目(内容)
5	金額
6	その他

※複数件ある場合は複数記入してください