

様式 3

本学会役員、学術大会長、各委員会委員等の利益相反（COI）申告書

役職、委員会名等 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

会員No. \_\_\_\_\_

過去1年以内の、本会が行う事業に関連する企業・法人組織、営利を目的とした団体とのCOI状態を記載してください。

	金額など	該当の状況	該当の有る場合：企業・組織または団体名等
役員・顧問職	100万円以上	有・無	
株	利益100万円以上 全株式の5%以上	有・無	
特許権使用料など	100万円以上	有・無	
講演料など	50万円以上	有・無	
原稿料など	100万円以上	有・無	
研究費	200万円以上	有・無	
奨学寄付金 (奨励寄付金)	200万円以上	有・無	
寄附講座	所属	有・無	
その他報酬	10万円以上	有・無	

私のCOIに関する状況は申告のとおりであることに相違ありません。私の日本保健医療行動科学会での職務遂行上で妨げとなる、これ以外のCOI状態は一切ありません。

申告日（西暦） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申告者署名 \_\_\_\_\_ 印

(本申告書は、任期満了の日まで保管されます)