

医療薬学雑誌：自己申告によるCOI 報告書

著者名： _____

論文タイトル： _____

(著者全員について、投稿時から遡って過去1年間以内での発表内容に関する企業・組織または団体とのCOI 状態を記載)

項目	該当の状況	有の場合、著者名・企業名などの記載
① 報酬(社員、役員、顧問等) 1つの企業・団体から年間100万円以上	有・無	
② 株式の利益 1つの企業から年間100万円以上、 あるいは当該株式の5%以上保有	有・無	
③ 特許権使用料 1つの企業・団体から年間100万円以上	有・無	
④ 講演料(講演・座長の会議出席等) 1つの企業・団体から年間50万円以上	有・無	
⑤ 原稿料 1つの企業・団体から年間50万円以上	有・無	
⑥ 研究費・奨学寄付金 1つの企業・団体から年間100万円以上	有・無	
⑦ 訴訟等の顧問料及び謝礼 1つの企業・団体から年間10万円以上	有・無	
⑧ 寄付講座等の受入 企業・団体から寄付講座を受け入れている場合、 申告者の給与が寄附講座または企業等からの 外部資金によってまかなわれている場合	有・無	
⑨ 研究員等の受入 企業・団体から研究員・非常勤講師等を受け入れてる場合	有・無	
⑩ その他の報酬(旅費、贈答品等) 1つの企業・団体から年間5万円以上	有・無	

(本COI 申告書は論文掲載後2年間保管されます)

(申告日)
年 月 日

連絡著者(署名) _____

印

「医療薬学」研究倫理に関する申告書

論文タイトル： _____

著 者 名： _____

研究機関名： _____

(* いずれか一つを選択。3の場合は、編集事務局からの照会に回答できる方の氏名、職名、email アドレスを記載すること)

チェックボックス	項目	承認日・承認番号等
☐	* 倫理審査委員会・認定臨床研究審査委員会の審査区分 1. 通常審査	承認日 年 月 日 承認番号 _____
☐	2. 迅速審査	承認日 年 月 日 承認番号 _____
☐	3. 付議不要	照会に回答できる方の連絡先 氏 名 _____ 職 名 _____ email _____
☐	遵守した倫理指針・法令等 「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」	
☐	「臨床研究法」	
☐	「 _____ 」	
☐	「 _____ 」	
☐	利益相反 カバーレターとして、COI報告書(様式1)を添付したか	

(本申告書は論文掲載後2年間保管されます)

(申告日)
年 月 日

連絡著者(署名) _____ 印