（様式４）

一般社団法人日本口腔内科学会役員・委員会委員などの利益相反（COI）自己申告書

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　属（略称可）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

役　職：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊配偶者、一親等の親族、収入・財産を共有する者が COI 状態に該当する場合は、「該当者氏名（発表者との関係）」のように記載して下さい。

＊申告対象期間（西暦）：　　年　　月 ～　　年　　月

申告すべき事項 【申告の基準】	該当の有無（〇印を付す）	有の場合、①該当者氏名、②該当事項の概要、③金額、④企業・組織や団体名などを記載して下さい。
1. 報酬額 【1 つの企業・組織や団体から年間 100 万円以上】	有 ・ 無	
2. 株式などによる利益 【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 つにつき年間 100 万円以上】	有 ・ 無	
4. 講演料 【1 つの企業・組織や団体から年間 50 万円以上】	有 ・ 無	
5. 原稿料 【1 つの企業・組織や団体から年間 50 万円以上】	有 ・ 無	
6. 研究費・助成金などの総額 【1 つの企業・組織や団体から発表者が所属する講座あるいは研究室に支払われた総額が年間 200 万円以上】	有 ・ 無	
7. 奨学（奨励）寄附金などの総額 【1 つの企業・組織や団体から発表者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間 200 万円以上】	有 ・ 無	
8. 企業などが提供する寄附講座 【発表者が所属している場合】	有 ・ 無	
9. 旅費、贈答品などの受領 【1 つの企業・組織や団体から年間 5 万円以上】	有 ・ 無	

（注）本 COI 自己申告書は申告日から2年間保管されます。

申告日（西暦）：　　年　　月　　日

筆頭発表者氏名（自筆署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞