学会発表における利益相反チェックリスト

-フルタイムまたはそれに準じる所属先を開示しない場合に利用-

申告日　　　年　　　月　　　日

大会名

演題番号

演題名

会員番号 氏　名

１．あなたの主たる所属を記載してください。

２．あなたの所属先での役割をお選びください。

　　□　役員・それに準ずる職位

　　□　産業保健部門等の部門長・統括産業医

　　□　事業場の産業医・保健師・衛生管理者等のスタッフ

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．今回の演題発表で、主たる所属を開示しなかった理由をお書きください。

　　□　発表内容が所属先と無関係であったため

　　□　研究対象が所属先であることの匿名性を確保するため

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．本発表に関して、主たる所属先との関係で利益相反の懸念があればお書きください。

　　□　特になし

　　□　以下の懸念がある

　内容：

以上

注1：主たる所属先を開示しないで発表する演者ごとに提出してください。

注２：本チェックシートは、学会主催者で１年間保存されます。

注３：学会員からの請求があった場合に、開示されます