

利益相反に関する申告書

私は、武田薬品工業株式会社(以下、武田薬品)および武田薬品グループ企業との関係性について、現時点で以下のとおりの内容で間違いないことを確認し、申告いたします。

1. 国公立医療機関において、薬事審査委員会等に属し、医薬品の採用可否を最終決定する権限者(委員長等)で
ある ない
2. 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく、治験届及び副作用の確認並びに製造販売承認、再審査及び再評価に必要な審査に関して、武田薬品および武田薬品グループ企業の治験薬や製品に対する各審査承認に影響を及ぼしうる役職又は立場に
ある ない
3. 武田薬品および武田薬品グループ企業のビジネスに影響を及ぼし、答申内容が実質的な決定に等しい影響力を及ぼしうる政府機関の審議会等の委員で
ある ない
4. 武田薬品および武田薬品グループ企業のビジネスに影響する公的資金の支出の決定又は影響を及ぼしうる権限(公費助成に関する審議会の委員等)が
ある ない
5. 近親者(二親等以内の親族)に、武田薬品に影響する公的な決定を行う、又は影響を及ぼしうる権限がある、またはあるとみなされうる公務員が
いる いない

6. 下記五項目に対して、申請する研究課題との関連性の有無は以下のとおりです。(過去1年間)

1. 武田薬品および武田薬品グループ企業のエクイティ(5%以上の株式保有)の有無	有	・	無
2. 武田薬品および武田薬品グループ企業からの無償の役務提供の有無	有	・	無
3. 武田薬品および武田薬品グループ企業からの無償での機材等の提供の有無	有	・	無
4. 申請する研究の実施期間中に上記1~3が発生する可能性の有無	有	・	無
5. 生計を一にする配偶者及び一親等までの者について上記1~4の該当の有無	有	・	無

以上

年 月 日

所属

ご署名