



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成 <統括管理者、研究責任医師用> 1/8

統括管理者

研究責任医師

所属機関

本研究の対象薬剤製薬企業等の関与について、下記の通り報告すると共に、利益相反管理計画を提出いたします。

研究課題： 難治性XXX病に対するAAAを用いた治療法の有効性と安全性に関する臨床研究

【研究者利益相反自己申告書（様式C）が必要な者】※研究責任医師を含め、本機関に所属する全ての利益相反申告者を記載すること。

【特記事項(任意)】例：Q1で寄附金を使用すると申告しているが、寄附金は2017年度以前に受け入れたものを使用する。

日付	令和7年8月17日
所属機関	
立場	
氏名	

日付	令和7年8月17日
所属機関	日本医科大学○×病院
立場	統括管理者
氏名	CRB 太郎

[立場]

- 統括管理者
- 研究責任医師

※当該医薬品等製造販売業者の特殊関係者（子会社）との利益相反がある場合は、右欄に追記すること	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		
	⑧		

2. 本研究の対象薬剤製薬企業等との利益相反報告

本研究の対象薬剤製薬企業等の名称： ① NMSファーマ株式会社

COI状況の有無		前年度		今年度		「はい」と回答した項目について COI管理計画	
		有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述	有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述		
Q1. 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)		
Q2. 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？	本人		期間		期間		
			総額の有無		総額の有無		
			経済的利益の内容 (受取金額は必ず)		経済的利益の内容 (受取金額は必ず)		



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成 <統括管理者、研究責任医師用> 2/8

ver1.0

統括管理者

研究責任医師

所属機関名

本研究の対象薬剤製薬企業等の関与について、下記の通り報告すると共に、利益相反管理計画を提出いたします。

研究課題：難治性XXX病に対するAAAを用いた治療法の有効性と安全性に関する臨床研究

日付	令和7年8月17日
所属機関	日本医科大学〇〇病院
立場	統括管理者
氏名	CRB 太郎

【研究者利益相反自己申告書（様式C）が必要な者】※研究責任医師を含め、本機関に所属する全ての利益相反申告者を記載すること。

立場	氏名
統括管理者	CRB 太郎

立場	氏名

【特記事項(任意)】例：Q1で寄附金を使用すると申告しているが、寄附金は2017年度以前に受け入れたものを使用する。

左側の研究参加者一覧の表にも
統括管理者の氏名および立場を入力してください

1. 本研究の対象薬剤製薬企業等について

本研究に用いる医薬品等を製造販売し、若しくはしようとする医薬品等製造販売業者又はその特殊関係者（対象薬剤製薬企業等）の名称 ※当該医薬品等製造販売業者の特殊関係者（子会社）との利益相反がある場合は、右欄に記載すること	①	NMSファーマ株式会社	本研究対象薬剤・商品名：NMSナオール
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		

2. 本研究の対象薬剤製薬企業等との利益相反報告

本研究の対象薬剤製薬企業等の名称： ① NMSファーマ株式会社

COI状況の有無		有無	前年度		今年度		「はい」と回答した項目について COI管理計画	
			「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述		「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述			
			有無		有無			
Q1. 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)			
Q2. 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？	本人		期間		期間			
			総額の有無		総額の有無			
Q3. 対象薬剤製薬企業等からの年間合計100万円以上の個人的利益があるか？	本人		経済的利益の内容 (徴収する場合必ずすべて記載)		経済的利益の内容 (徴収する場合必ずすべて記載)			
			受入金額(円)		受入金額(円)			
・ 個人的利益とは、給与・講演・講演執筆・コンサルティング・知的所有権・特許・商標等による収入、貸付金、	申告者と生計を同一にする同居家族		経済的利益の内容 (徴収する場合必ずすべて記載)		経済的利益の内容 (徴収する場合必ずすべて記載)			



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成 <統括管理者、研究責任医師用> 3/8

統括管理者

研究責任医師

所属機関

本研究の対象薬製薬企業等の関与について、下記の通り報告すると共に、利益相反管理計画を提出いたします。

研究課題：難治性XOQ病に対するAAAを用いた治療法の有効性と安全性に関する臨床研究

日付	令和7年8月17日
所属機関	日本医科大学〇〇病院
立場	統括管理者
氏名	CRB 太郎

【研究者利益相反自己申告書（様式C）が必要な者】※研究責任医師を含め、本機関に所属する全ての利益相反申告者を記載すること。

立場	氏名	立場	氏名
統括管理者	CRB 太郎	研究分担医師	NMS D子
研究分担医師	CRB 次郎	統計解析担当責任者	統計 担子
研究分担医師	CRB 三郎	利益を得ることが明白な者	利益 明子
研究分担医師	CRB 四郎		
研究分担医師	CRB 五郎		
研究分担医師	NMS A子		
研究分担医師	NMS B子		
研究分担医師	NMS C子		

【特記事項(任意)】例：Q1で寄附金を使用すると申告しているが、寄附金は2017年度以前に受け入れたものを使用する。

研究責任医師の情報を入力した後、
研究参加者全員の情報（立場・氏名）を入力する

【立場】

- 統括管理者
- 研究責任医師
- 研究分担医師
- 統計解析担当責任者
- 利益を得ることが明白な者
- 医学に関する知識に基づく必要な助言を求めることができる者

1. 本研究の対象薬製薬企業等について

本研究に用いる医薬品等を製造販売し、若しくはしようとする医薬品等製造販売業者又はその特殊関係者（対象医薬品製薬企業等）の名称 ※当該医薬品等製造販売業者の特殊関係者（子会社）との利益相反がある場合は、右欄に追記すること	①	NMSファーマ株式会社	本研究
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		

2. 本研究の対象薬製薬企業等との利益相反報告

本研究の対象薬製薬企業等の名称：

①

COI状況の有無		前年度		今年度		「はい」と回答した項目について COI管理計画	
		有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述	有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述		
Q1. 対象薬製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)		
Q2. 対象薬製薬企業等が提供する寄附贈与に所属しているか？	本人		期間 給付の有無		期間 給付の有無		
Q3. 対象薬製薬企業等からの年間合計100万円以上の個人的利益があるか？	本人		経済的利益の内容 (受取金額はすべて記載) 受入金額(円)		経済的利益の内容 (受取金額はすべて記載) 受入金額(円)		
・ 個人的利益とは、給与・講演・講演執筆・コンサルティング・知的財産権・特許・差違等による収入をいう。	申告者と生計を同じにする配偶者及び		経済的利益の内容 (受取金額はすべて記載)		経済的利益の内容 (受取金額はすべて記載)		



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成 <統括管理者、研究責任医師用> 4/8

統括管理者

研究責任医師

1. 本研究の対象薬剤製薬企業等について

①	NMSファーマ株式会社	本研究対象薬剤・機器名：NMSナオール
②		
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		

本研究に用いる医薬品等を製造販売し、若しくはしようとする医薬品等製造販売業者又はその特殊関係者（対象薬剤製薬企業等）の名称

※当該医薬品等製造販売業者の特殊関係者（子会社）との利益相反がある場合は、右欄に追記すること

対象薬剤製薬企業等の記載がある場合
※様式Bの情報が自動反映されます

2. 本研究の対象薬剤製薬企業等との利益相反報告

本研究の対象薬剤製薬企業等の名称： ① NMSファーマ株式会社

COI状況の有無		前年度		今年度		「はい」と回答した項目について
		有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述	有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述	
Q1. 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)	
Q2. 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？	本人		期間		期間	
Q3. 対象薬剤製薬企業等からの年間合計100万円以上の経済的利益を受け、個人・家庭的利益と見なされるか？ ・ 個人的利益とは、給与・講演・原稿執筆・コンサルティング・知的所有権・特許・商標等による収入をいう。	申告書と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族		給与の有無		給与の有無	
			経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)	
			受入金額(円)		受入金額(円)	
			経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)	
Q4. 対象薬剤製薬企業等の役員に就任しているか？ ・ 役員とは、株式会社の代表取締役・取締役、合同会社の代表者等代表権限を有する者、監事等をいう。	本人		役職等の種類		役職等の種類	
Q5. 対象薬剤製薬企業等の株式を保有しているか？対象薬剤製薬企業等に 出資を行っているか？ ・ 株式の保有については、公開株式については5%以上、未公開株式は1株以上、新株予約権は1個以上をいう。これに該当しない場合は、「なし」とすること。	申告書と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族		役職等の種類		役職等の種類	
			株式を保有している		株式を保有している	
			株式の保有又は出資の内容		株式の保有又は出資の内容	
			株式を保有している		株式を保有している	
			株式の保有又は出資の内容		株式の保有又は出資の内容	
			知的財産への関与有り		知的財産への関与有り	

■はい
■いいえ

2年分回答してください
(今年度及びその前年度)



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成 <統括管理者、研究責任医師用> 5/8

統括管理者

研究責任医師

設問：様式Bで抽出された対象薬剤製薬企業等と研究者個人との関係性を確認します。

Q1 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？

Q2 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？

Q3 対象薬剤製薬企業等からの年間合計100万円以上の個人的利益があるか？

Q4 対象薬剤製薬企業等の役員に就任しているか？

Q5 対象薬剤製薬企業等の株式を保有しているか？
対象薬剤製薬企業等に出資を行っているか？

Q6 その他、対象薬剤製薬企業等の関与があるか？

対象薬剤製薬企業等

当該臨床研究に用いる医薬品等を製造販売し、若しくはしようとする医薬品等製造販売業者又はその特殊関係者を指します。
(様式Bから自動的に反映されます。)

申告対象者

2つありますので、ご注意ください。

- ・ 本人
- ・ 申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族

申告対象年度

2つありますので、ご注意ください。

- ・ 利益相反の申告年度
- ・ 利益相反の申告年度の前年度



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成 <統括管理者、研究責任医師用> 6/8

統括管理者

研究責任医師

所属機関

本研究の対象薬剤製薬企業等の関与について、下記の通り報告すると共に、利益相反管理計画を提出いたします。

研究課題：難治性XXX病に対するAAAを用いた治療法の有効性と安全性に関する臨床研究

日付	令和7年8月17日
所属機関	日本医科大学〇〇病院
立場	統括管理者
氏名	CRB 太郎

【研究者利益相反自己申告書（様式C）が必要な者】※研究責任医師を含め、本機関に所属

立場	氏名
統括管理者	CRB 太郎
研究分担医師	CRB 次郎
研究分担医師	CRB 三郎
研究分担医師	CRB 四郎
研究分担医師	CRB 五郎
研究分担医師	NMS A子
研究分担医師	NMS B子
研究分担医師	NMS C子

立場	氏名
研究分担医師	統計 担子
研究分担医師	統計 担子
研究分担医師	統計 担子
研究分担医師	統計 担子
研究分担医師	統計 担子
研究分担医師	統計 担子
研究分担医師	統計 担子
研究分担医師	統計 担子

Q2 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？

はい	期間		いいえ	期間	
	給与の有無	有 OR 無		給与の有無	

1. 本研究の対象薬剤製薬企業等について

本研究に用いる医薬品等を製造販売し、若しくはしようとする医薬品等製造販売業者又はその特殊関係者（対象薬剤製薬企業等）の名称

※当該医薬品等製造販売業者の特殊関係者（子会社）との利益相反がある場合は、右欄に追記すること

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥
- ⑦

2. 本研究の対象薬剤製薬企業等との利益相反報告

本研究の対象薬剤製薬企業等の名称：

- ①

NMSファーマ株式会社

はい	期間	2024.4.1～2025.3.31
	給与の有無	無

COI状況の有無		前年度		今年度	
		有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述	有無	「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述
Q1. 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)
Q2. 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？	本人	はい	期間 給与の有無	いいえ	期間 給与の有無
Q3. 対象薬剤製薬企業等からの年間合計100万円以上の個人的利益があるか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)
・ 個人的利益とは、給与・講演・講演報酬・コンサルティング・知的財産権の行使等による利益を指す。	申告者と生計を同一にする家族		受入金額(円)		受入金額(円)



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成　＜統括管理者、研究責任医師用＞　7/8

統括管理者

研究責任医師

所属機関蔵

本研究の対象薬剤製薬企業等の関与について、下記の通り報告すると共に、利益相反管理計画を提出いたします。

日　付

令和7年8月17日

ver1.0

COI状況の有無		前年度		
		有無	「はい」と回答した項目について	
			COIの内容について 詳細を選択・記述	
Q1. 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人	はい	受入金額(円)	
Q2. 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？	本人	はい	期間	
			給与の有無	
Q3. 対象薬剤製薬企業等からの年間合計100万円以上の個人的利益があるか？ ・ 個人的利益とは、給与・講演・原稿執筆・コンサルティング・知的所有権・贈答・接遇等による収入をいう。	本人	はい	経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)	
			受入金額(円)	
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族	はい	経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)	
			受入金額(円)	
Q4. 対象薬剤製薬企業等の役員に就任しているか？ ・ 役員とは、株式会社の代表取締役・取締役、合同会社の代表者等代表権限を有する者、監査役をいう。	本人	はい	役職等の種類	
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族	はい	役職等の種類	

COI状況の有無		前年度		
		有無	「はい」と回答した項目について	
			COIの内容について 詳細を選択・記述	
Q5. 対象薬剤製薬企業等の株式を保有しているか？対象薬剤製薬企業等に 出資を行っているか？ ・ 株式の保有については、公開株式については5%以上、未公開株式は1株以上、新株予約権は1個以上をいう。これに該当しない場合は、「なし」とすること。	本人	はい	株式を保有している	
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族	はい	株式の保有又は出資の内容	
株式を保有している				
Q6. その他、対象薬剤製薬企業等の関与があるか？	本人	はい	知的財産への関与有り	
			その他の関与	
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族	はい	知的財産への関与有り	
			その他の関与	

Q1. 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)	
Q2. 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？	本人		期間		期間	
			給与の有無		給与の有無	
Q3. 対象薬剤製薬企業等からの年間合計100万円以上の個人的利益があるか？ ・ 個人的利益とは、給与・講演・原稿執筆・コンサルティング・知的所	本人		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)	
			受入金額(円)		受入金額(円)	
・ 個人的利益とは、給与・講演・原稿執筆・コンサルティング・知的所	申告者と生計を同		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)	

・ 関係する製薬企業等がある場合

青色セル：プルダウンを選択する。

黄色セル：必要事項を記入する。



様式C：研究者利益相反自己申告書の作成 <統括管理者、研究責任医師用> 8/8

統括管理者

研究責任医師

1. 本研究の対象薬剤製薬企業等について

本研究に用いる医薬品等を製造販売し、若しくはしようとする医薬品等製造販売業者又はその特殊関係者（対象薬品製薬企業等）の名称 ※当該医薬品等製造販売業者の特殊関係者（子会社）との利益相反がある場合は、右欄に追記すること	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
	⑦		

対象薬剤製薬企業等の記載なし

2. 本研究の対象薬剤製薬企業等との利益相反報告

本研究の対象薬剤製薬企業等の名称：	①	
-------------------	---	--

COI状況の有無		「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述		「はい」と回答した項目について COIの内容について 詳細を選択・記述		「はい」と回答した項目について COI管理計画	
		有無		有無			
Q1. 対象薬剤製薬企業等からの寄附金の総額が、年間合計200万円を超えているか？	本人		受入金額(円)		受入金額(円)		
Q2. 対象薬剤製薬企業等が提供する寄附講座に所属しているか？	本人		期間		期間		
			給与の有無		給与の有無		
Q3. 対象薬剤製薬企業等からの年間合計100万円以上の個人的利益があるか？ ・ 個人的利益とは、給与・講演・原稿執筆・コンサルティング・知的所有権・経営・接遇等による収入をいう。	本人		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		
			受入金額(円)		受入金額(円)		
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		経済的利益の内容 (複数ある場合はすべて記載)		
			受入金額(円)		受入金額(円)		
Q4. 対象薬剤製薬企業等の役員に就任しているか？ ・ 役員とは、株式会社の代表取締役・取締役、合資会社の代表者等代表権限を有する者、監査役をいう。	本人		役職等の種類		役職等の種類		
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族		役職等の種類		役職等の種類		
Q5. 対象薬剤製薬企業等の株式を保有しているか？ 対象薬剤製薬企業等に 出資を行っているか？ ・ 株式の保有については、公開株式については5%以上、未公開株式は1株以上、新株予約権は1個以上をいう。これに該当しない場合は、「なし」とすること。	本人		株式を保有している		株式を保有している		
			株式の保有又は 出資の内容		株式の保有又は 出資の内容		
	申告者と生計を同じにする配偶者及びその一親等の親族		株式を保有している		株式を保有している		
			株式の保有又は 出資の内容		株式の保有又は 出資の内容		
	本人		知的財産への関与有り		知的財産への関与有り		

回答は不要
(全てのセル：グレイアウト)