様式１：学会発表におけるCOI

**日本臨床栄養代謝学会筆頭発表者：自己申告によるCOI報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申告者氏名 |  |
| 所　　　属 |  |
| 申　告　日 | 令和　5　年　　　　月　　　　　日 |

（抄録登録時から遡って過去1年以内の発表内容に関係する企業・組織または団体とのCOI状態を記載。配偶者、一親等の親族、生計を共にするものも含む。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 該当の状況 | 有であれば、企業名などの記載 |
| 1. 報酬額 1つの企業・団体から年間 100万円以上 | ☐有  ☐無 |  |
| 1. 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 |  |
| 1. 特許使用料 1つにつき年間 100万円以上 | ☐有  ☐無 |  |
| 1. 講演料 1つの企業・団体からの年間合計 50万円以上 | ☐有  ☐無 |  |
| 1. 原稿料1つの企業・団体から年間合計 50万円以上 | ☐有  ☐無 |  |
| 1. 研究費・助成金などの総額 1つの企業・団体からの研究経費を共有する所属部局（講座、分野あるいは研究室など）に支払われた年間総額が 200万円以上 | ☐有  ☐無 |  |
| 1. 奨学（奨励）寄付などの総額 1つの企業・団体からの奨学寄付金を共有する所属部局（講座、分野あるいは研究室など）に支払われた年間総額が 200万円以上 | ☐有  ☐無 |  |
| 1. 企業などが提供する寄付講座 （企業などからの寄付講座に所属している場合に記載） | ☐有  ☐無 |  |
| 1. 旅費、贈答品などの受領1つの企業・団体から年間 5万円以上 | ☐有  ☐無 |  |

（本COI申告書は発表後2年間保管されます）

**第15回日本臨床栄養代謝学会北海道支部学術集会**

**演題申込書**

**【申込締切】　2023年6月30日（金）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 筆頭演者　氏名 | 姓 | | 名 | | | せい（ふりがな） | | めい（ふりがな） | |
|  | |  | | |  | |  | |
| 筆頭演者　所属機関 | 〔例〕 ●●病院 ○○科　　※筆頭演者の所属を1）とします | | | | | | | 1)以外の所属機関番号 | |
| 1) | | | | | | |  | |
| 筆頭演者　職種 | 医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師 ・ 栄養士/管理栄養士  理学療法士 ・ 言語聴覚士 ・ 歯科衛生士 ・その他（　　　　 　） | | | | | | | | |
| 筆頭演者　会員番号 （非会員は非会員と記載）  　※非会員の場合は、共同演者に会員が1名以上いること | | | | |  | | | | |
| 筆頭演者　連絡先 | 〒 | | | | | | | | |
| TEL |  | | | | FAX |  | | |
| 筆頭演者  メールアドレス |  | | | | | | | | |
| 共同演者　所属機関 | 〔例〕 ●●大学 ○○科　　　※7）以上ある場合は追加してご記入ください。 | | | | | | | | |
| 2）  3）  4）  5）  6）  7） | | | | | | | | |
| 共同演者  　氏名・所属機関番号  氏名は、姓と名の間に  1マス空けてください | 氏名（漢字） | | | 氏名（よみ） | | | 所属機関番号 | | 会員番号 |
| 2） | | |  | | |  | |  |
| 3） | | |  | | |  | |  |
| 4） | | |  | | |  | |  |
| 5） | | |  | | |  | |  |
| 6） | | |  | | |  | |  |
| 7） | | |  | | |  | |  |
| 8） | | |  | | |  | |  |
| 9) | | |  | | |  | |  |
| 10) | | |  | | |  | |  |
| 11) | | |  | | |  | |  |
| 12) | | |  | | |  | |  |
| 13) | | |  | | |  | |  |
| 14) | | |  | | |  | |  |
| 15) | | |  | | |  | |  |

**発表抄録**

※文字化けを防ぐため、標準フォントを使用ください

|  |  |
| --- | --- |
| **演題名**  ・全角50字以内 |  |
| **抄録**  ・日本語で作成  ・全角600字程度  ・【緒言】【目的】【方法】  【結果】【考察】【まとめ】  などの小見出しをつけ  てください |  |

上記項目を記載いただき、**Wordデータのまま、運営事務局(contact@jspen15.gakkai.me)までメールでお送りください。**受領後、営業日3日以内に、運営事務局から受領確認のメールをご返信いたします。返信が無い場合は、お手数でも運営事務局にお問合せください。

**倫理審査**

以下の１～５の内で該当するものを選択した上で登録してください。

１〜４は重複回答可能ですが、５は、１～４のいずれにも該当しない場合に限ります。

**該当番号：**

１．応募演題は「倫理審査が不要な研究」（下記参照）に相当します。

２．倫理的配慮について施設長の審査承認済みです。

施 設 名 ：

施設長氏名 ：

３．倫理的配慮について施設内の倫理委員会や治験審査委員会で承認済みです。

審査委員会名：

４．倫理的配慮について医師会や薬剤師会等の団体が認めている審査機構で承認済みです。

審査機構名 ：

５．倫理的配慮について学会側でのチェックを希望し、同時に演題を応募します。

（上記１～４のいずれにも該当しない場合に限ります。）

倫理審査の必要性の判断は、学会側にご一任ください。

**「倫理審査が不要な研究」とは**

l  動物実験や一般に入手可能な細胞（iPS 細胞,組織幹細胞を含む）を用いた基礎的研究。

l  ９例以下をまとめた研究性のない症例報告。

l  法令に基づく研究（臨床研究法、再生医療等安全性確保法は除く）。

l  既に学術的な価値が定まり、研究用として広く利用され、かつ、一般に入手可能な試料・情報を用いた研究。

l  既に匿名化されている試料・情報（特定の個人を識別できない状態に加工され、かつ自他問わず対応表がどこにも存在しないもの）を用いた研究。但し、体細胞由来のゲノムデータ解析は除く。

l  既に作成されている匿名加工情報・非識別加工情報を用いた研究。

l  論文や公開されているデータベース、ガイドラインのみを用いた研究。

l  健康の保持増進に資する知識を得ること、または、傷病の予防・診断・治療に資する知識を得ることを目的としない研究\*。

\*（例）：①受診率向上に向けた取り組みに関する研究、②医師の技術向上や教育に関する研究。

l  海外で実施された研究（研究対象となった試料・情報が日本のものは除く）。但し、実施した国の規定は遵守していることが必要。

l  人体から分離した細菌、カビ、ウイルス等の微生物の分析等を行うのみで、人の健康に関する事象を研究の対象としない研究。