

年 月 日

厚生労働科学研究/日本医療研究開発機構研における  
利益相反マネジメントに関する委任状

金沢大学

臨床研究利益相反マネジメント委員会委員長 殿

機関名

代表者職・氏名

下記の研究者が、〇〇年度厚生労働科学研究/日本医療研究開発機構の事業に必要となる利益相反マネジメントにつき、自己申告書の受領及び確認、審査を貴学に委任します。

なお、自己申告書の内容により更なるマネジメントが生じた場合は、機関として責任を持って当該マネジメントを行います。

記

委任理由：

研究分担者等所属・職：

研究分担者等氏名：

機関における利益相反管理規程の有無（いずれかに○、無の場合は理由記載）：

有 / 他の組織内規定で代替 / 無（理由： ）

\*AMED 事業を実施する場合は「有」か「他の組織内規定で代替」のどちらかになります。

研究事業名：

研究課題名：

研究代表者名：

事務担当者（所属・氏名）：

事務担当者連絡先：

以上

利益相反マネジメントにかかる委員会が設置されていない機関に所属する研究分担者等について、金沢大学に利益相反マネジメントを委任する場合に提出が必要となります。

年 月 日

厚生労働科学研究/日本医療研究開発機構（AMED）における  
利益相反マネジメントに関する委任状

金沢大学

臨床研究利益相反マネジメント委員会委員長 殿

機関名

代表者職・氏名

下記の研究者が、〇〇年度厚生労働科学研究/日本医療研究開発機構（AMED）の事業に必要となる利益相反マネジメントにつき、自己申告書の受領及び確認、審査を貴学に委任します。

なお、自己申告書の内容により更なるマネジメントが生じた場合は、機関として責任を持って当該マネジメントを行います。

金沢大学へ利益相反マネジメントを委任される理由を記入してください  
（例：研究者所属機関において利益相反委員会が未設置であるため）

委任理由：

研究分担者等所属・職：

研究分担者等氏名：

機関における利益相反管理規程の有無（いずれかに○、無の場合は理由記載）：

有 / 他の組織内規定で代替 / 無（理由： ）

\*AMED 事業を実施する場合は「有」か「他の組織内規定で代替」のどちらかになります。

研究事業名：

研究課題名：

研究代表者名：

本委任状にかかる厚生労働科学研究費/AMED 研究費に関する情報  
をご記入ください。

事務担当者（所属・氏名）：

事務担当者連絡先：

委任状の内容を確認された研究分担者等所属機関の事務担当者を記入してください。\*金沢大学の事務担当者ではありません。

以上