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　3　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13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】　2021年4月7日（水）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（****cv@kcav.co.jp）**までメール添付でお送りください。　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。