

高雄榮民總醫院

顯著財務利益暨非財務關係申報表 (適用試驗/研究人員)

申報類型： <input type="checkbox"/> 新試驗/研究計畫申請 <input type="checkbox"/> 持續審查 <input type="checkbox"/> 新顯著財務利益(原申報之財務利益已改變而達顯著財務利益定義，或變更主持人、協同主持人及其他研究人員等)	
申報人姓名(正楷)(填表人)： 申報人於本試驗/研究擔任： <input type="checkbox"/> 主持人 <input type="checkbox"/> 共同主持人 <input type="checkbox"/> 協同主持人 <input type="checkbox"/> 研究人員 <input type="checkbox"/> 其他，_____	
計畫中文名稱：	
計畫英文名稱：	
計畫主持人(正楷)：	IRB 編號： 計畫編號：
試驗/研究委託者：	計畫聯絡人：
潛在之試驗/研究機構財務利益衝突： 您是否知悉高雄榮民總醫院或高雄榮民總醫院主管，持有本試驗/研究運用之任何智慧財產之產權或權利金利益？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。請說明產品以及預估金額：	
A 欄：聲明「無」任何需申報之顯著財務利益及/或非財務關係	
本人茲聲明： (1) 本人、本人配偶與未成年子女，目前無持有任何依高雄榮民總醫院政策必須申報之「顯著財務利益」及/或「非財務關係」； (2) 若上述任何人取得需要申報之新的「顯著財務利益」及/或「非財務關係」，本人將更新本申報內容。	
申報人單位：	職稱：
簽名：	日期： 年 月 日

B欄：任何顯著財務利益及/或非財務關係聲明

本人茲聲明：

(1) 本人、本人配偶與未成年子女，持有依高雄榮民總醫院政策必須申報之「顯著財務利益」及/或「非財務關係」；

持有人	實體名稱	財務利益類型 (請勾選適用類型)	預估價值或股權% (前12個月)
姓名： <input type="checkbox"/> 試驗/研究人員 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 未成年子女		<input type="checkbox"/> 勞務報酬 <input type="checkbox"/> 股權 <input type="checkbox"/> 智慧財產權 <input type="checkbox"/> 不支酬職務 <input type="checkbox"/> 招募直屬部屬、學生 <input type="checkbox"/> 其他：	總金額(NT\$)： 股權(%)： 擔任職務： 其他：
姓名： <input type="checkbox"/> 試驗/研究人員 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 未成年子女		<input type="checkbox"/> 勞務報酬 <input type="checkbox"/> 股權 <input type="checkbox"/> 智慧財產權 <input type="checkbox"/> 不支酬職務 <input type="checkbox"/> 招募直屬部屬、學生 <input type="checkbox"/> 其他：	總金額(NT\$)： 股權(%)： 擔任職務： 其他：

(表格若不足，請自行增列)

關係人	非財務關係類型 (請勾選適用類型)	說明
姓名： <input type="checkbox"/> 試驗/研究人員 <input type="checkbox"/> 配偶	<input type="checkbox"/> 不支酬職務 <input type="checkbox"/> 招募直屬部屬、學生 <input type="checkbox"/> 其他：	相關實體名稱： 擔任職務： 其他：

(表格若不足，請自行增列)

(2) 若人體研究倫理審查委員會審議會認定，「顯著財務利益」及/或「非財務關係」可能直接且重大地影響試驗/研究的執行、審查或監督流程，本人將：

- 配合制訂與簽署利益衝突處置計畫；
- 遵守處置計畫規定之條件或限制，以管理、減少或排除任何實際或可能之利益衝突；且
- 若本人、本人配偶或未成年子女，取得需要申報之新的「顯著財務利益」及/或「非財務關係」，本人將更新本申報內容。

申報人單位：

職稱：

簽名：

日期：

年

月

日

C欄：美國食品藥物管理局(FDA)之財務利益聲明 (僅接受美國衛生福利部<US Department of Health and Human Services>經費之計畫須填寫)

本人茲聲明：本人、本人配偶與未成年子女

- 無持有任何依美國食品藥物管理局規範必須揭露之財務利益或相關處置安排。
 持有依美國食品藥物管理局規範必須揭露之財務利益或相關處置，如下所列：

D欄：接受交通費贊助/補助之聲明 (僅受美國衛生福利部管轄之計畫須填寫)

本人茲聲明：

於過去12個月期間，不曾接受任何交通費贊助/補助。

於過去12個月期間，曾接受交通費贊助/補助如下所列：

	贊助商或機構名稱	目的	目的地	時間
1.				
2.				

(表格若不足，請自行增列)

計畫主持人之聲明 (非計畫主持人，此欄不需填寫)

本人茲聲明：

必須申報顯著財務利益及/或非財務關係之所有研究相關人員，已詳列並提出本表。所有研究人員需負責申報各自任何新的顯著財務利益及/或非財務關係。

計畫主持人(正楷)：

計畫主持人(簽名)：

日期： 年 月 日