**利益冲突声明**

项目名称：

声明人： □主要研究者 □研究者 口其他

我同意参加中国医学科学院肿瘤医院山西医院（山西省肿瘤医院）药械临床试验机构工作或相关科研工作，为了保证临床研究审查/咨询工作的独立性符合要求，我声明如下：

1.当与审查项目存在以下利益冲突，我将主动向药物临床试验机构声明并回避该项目的审查决定/咨询：

1) 存在与研究项目之间购买、出售、出租、租借任何财产或不动产的关系；

2) 存在与研究项目之间的雇佣与服务关系，或赞助关系，如受聘公司的顾问或专家，接受申办者提供的科研基金、礼品、仪器设备、顾问费等；

3) 存在与项目之间授予任何许可、合同与转包合同的关系，如专利许可，研究成果

转让等；

4) 本人及配偶、子女、父母、合伙人与研究项目存在经济利益、担任职务或本人与研究项目申办者之间有直接的家庭成员关系；

2.接受医院相关部门、药品监督管理部门、卫生行政管理部门的监督与检查。

3.如果我发现药械临床试验机构办公室审查工作中存在任何可能导致利益冲突的情况，我将向机构办公室报告，以便机构采取恰当的措施进行处理。

**签名：**

**日期:** 年 月 日

**联系电话:**