

# Documentation of Financial Disclosure and Resolution of Relevant Conflicts of Interest

Name of Activity:

Date of Activity:

<b>Person Affecting Content</b> <small>1st Initial, Last Name</small>	<b>Role in Activity</b> <small>P=Planner, F=Faculty, R=Reviewer</small>	<b>Name(s) of Commercial Interest (or 'None')</b>	<b>Nature(s) of Relationship (or '----')</b>	<b>Mechanism to Resolve COI</b>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Date Form Returned:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Form Returned	<input type="text"/>			