

観察期中止脱落症例の費用に関する覚書

受託者 社会医療法人医仁会中村記念病院（以下「甲」という）と治験依頼者 ○○○○製薬株式会社（以下「乙」という）は、治験の治験契約書（治験実施計画書 No. ○○○○○西暦 年 月 日締結）の本治験にかかる観察期中止脱落症例の費用及びその支払方法について次の通り覚書を締結する。製造販売後臨床試験の場合は、治験を製造販売後臨床試験と読み替える。

第 1 条 本治験にかかる監査に関して甲が乙に請求する費用は、次に掲げる額の合額とする。

観察期中止脱落症例の費用	1 臨床試験研究経費の 10% [臨床試験研究経費ポイント算出表に基づくポイント数×(6,000~8,000)円×脱落症例数×10%]	A	円
消費税	8%	B	円
総合計	A+B		円

第 2 条 乙は第 1 条に定める費用を次の方法により甲に支払うものとする。

「監査期中止脱落症例の費用」は、終了時に甲が発行する請求書に基づき、請求翌月末までに支払う。

第 3 条 本覚書に定めない事項、その他疑義を生じた事項については、甲・乙協議の上決定する。

以上の合意の証として本書 2 通を作成し、甲・乙記名捺印の上各 1 通を保有するものとする。

西暦 年 月 日

(住 所) 北海道札幌市中央区南 1 条西 14 丁目
甲 (名 称) 社会医療法人医仁会 中村記念病院
(代表者) 院 長 中村 博彦 印

(住 所)
乙 (名 称)
(代表者) 印

西暦 年 月 日

上記の覚書内容を確認しました。

治験担当任医師（記名捺印又は署名）

印