

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

## 治験費用の変更に関する覚書

西暦 年 月 日付けで自治医科大学附属さいたま医療センター（以下「甲」という。）と （以下「乙」という。）が締結した治験費用に関する覚書（以下「原覚書」という。）に関し、ポイント数の追加に伴う費用について、下記のとおり覚書を締結する。

### 記

- 1 被験薬の化学名又は識別記号
- 2 治験課題名

第1条 原覚書第1条に規定する症例単位で算定する費用に対し、1症例あたり以下の費用を追加する。

区分	項目	算定方法	金額
直接費用	(1) 研究費	8,000円× ポイント <sup>※</sup>	円
	(2) 治験薬管理費	1,000円× ポイント <sup>※</sup>	円
	(3) 管理経費	((1)+(2))×35%	円
間接費用	(4)治験に係る間接費用	((1)+(2)+(3)) ×30%	円
合 計			円

※追加分のポイント数を記載する。

第2条 乙は、甲に対し前条に規定する費用を次の方法により支払うものとする。

(1) 請求方法 甲は該当する症例数に基づき、四半期毎に積算し、乙へ請求する。

(2) 支払期限 甲から乙に対して請求のあった翌月の20日まで

(3) 甲の指定する銀行口座

銀行名 埼玉りそな銀行大宮支店

口座名義 自治医科大学附属さいたま医療センター

口座番号 普通預金 2357853

以上のとおり覚書を締結した証として、この証書2通を作成し、双方記名押印の上、各自1通を保有する。

西暦 年 月 日

甲 埼玉県さいたま市大宮区天沼町 1-847  
自治医科大学附属さいたま医療センター  
センター長 遠藤 俊輔 印

乙

印

上記の覚書について確認しました。

西暦 年 月 日

治験責任医師

印

※医療機器の場合は、「被験薬」を「被験機器」に読み替える。再生医療等製品の場合は、「被験薬」を「被験製品」に読み替える。