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病院（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×　　ﾎﾟｲﾝﾄ※ | 円 |
| (2)管　理　経　費 | (1)×35% | 円 |
| 間  接  費  用 | (3)治験に係る間接費用 | （(1)＋(2)）×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

　足利銀行　自治医大出張所

口座名義 自治医科大学附属病院

口座番号 普通預金 1153

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 栃木県下野市薬師寺3311-1

　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　自治医科大学附属病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院長　　川合　謙介　　　　　 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