

様式 12

医薬品・医療機器の製造販売後調査実施費用に関する覚書
 (一般使用成績調査 特定使用成績調査 使用成績比較調査)

医薬品・医療機器の製造販売後調査の実施に関する契約書 第3条 の定めに従い、獨協医科大学日光医療センター（以下、甲という）と (以下、乙という) とは、西暦 年 月 日に締結した _____ の甲に於ける製造販売後調査（以下、本調査という）に要する費用を次のとおり取り決めることとする。

実施診療科名 _____ 契約番号 _____

第1項 本調査に要する費用の明細は、次のとおりとする。

(1)	報告書作成経費	1 (症例・報告) あたりの単価 _____ (円) × _____ (症例数・報告書数)	円
(2)	管理経費	当該調査に必要な事務的・管理的経費 光熱水費、消耗品費、印刷費、通信費 【 (1) × 10% 】	円
(3)	直接経費合計	(1) + (2)	円
(4)	間接経費	技術料・機械損料・その他 【直接経費合計 × 30%】 ※小数点以下第1位切り上げ	円

合計	(3) + (4) + 消費税 (10円未満四捨五入)	円
----	--------------------------------	---

第2項 第1項に定める調査費用は、調査完了後の後払い（出来高払い）とする。

様式 12

第3項 乙は、甲に第1項及び第2項の調査費用について、次のとおり支払うものとする。

(1) 支払予定日

西暦 年 月 日

(2) 支払額 (第1項の費用の合計)

円

(3) 甲の指定する銀行口座

足利銀行 おもちゃのまち支店 普通 No. 40784

みずほ銀行 宇都宮支店 普通 No. 2808515

口座名義 獨協医科大学

第4項 本調査内容の変更及び当初設定した調査に定めのない事項、その他疑義を生じた事項については、その都度甲、乙誠意をもって協議、決定する。

本覚書締結の証として本書2通を作成し、甲乙記名押印の上各1通を保有するものとする。

(契約締結日)

西暦 年 月 日

甲 (所在地) 栃木県日光市森友 145-1

(名称) 獨協医科大学日光医療センター

(代表者) 病院長 山口 悟 印

乙 (所在地)

(名称)

(代表者) 印

<臨床研究支援室確認欄>

本調査に関する費用契約について、第1項の費用が、間違いがないことを確認しました。

氏名

* 実施期間 3ヶ月未満 3ヶ月以上