倉中書式(契)4 第　　　　号

治験費用に関する覚書

受託者　公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院（以下「甲」という）と委託者　（*治験依頼者の名称*）（以下「乙」という）との間において、西暦　　　年　　月　　日付けで契約を締結した治験実施契約書（第　　号）（以下「原契約」という）に基づく被験薬・被験機器　（*成分記号又はコード又は一般名*）の臨床試験（以下「本治験」という）の実施にあたり、本治験に要する経費について下記の通り覚書（以下「本覚書」という）を締結する。なお、その他の条項については原契約の通りとする。

* 以下条文の文言のように「被験者への支払いに関する資料」を引用するかたちでの作成を検討ください。条文は必要に応じ修正ください。また、条文番号は適宜定めていただいて問題ございません。
* 「被験者への支払いに関する資料」に記載のない事項については、必要に応じ覚書に記載いただくことで問題ございません。

乙は甲に対し、本治験期間中、保険外併用療養費の支給対象とならない経費（支給対象外経費）及びそれに準じた経費として本治験の別紙「被験者への支払いに関する資料（西暦　　　年　　月　　日）」に定める範囲の費用を支払う。なお、診療報酬点数1点あたり10円（消費税別）とする。

　　以上の合意の証しとして本証書２通を作成し、甲・乙記名押印のうえ各１通を保存する。

西暦　　　年　　月　　日

甲（受託者） 岡山県倉敷市美和一丁目１番１号

公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院

　　院長　　　　　　　　　　寺井　章人 印

乙（委託者）

印

西暦　　　年　　月　　日

上記の契約内容を確認致しました。

治験責任医師 印