

整理番号	
契約番号	

覚書（記入例）

国立大学法人浜松医科大学（以下「甲」という。）と 〇〇〇〇株式会社（以下「乙」という。）は、（西暦） 年 月 日付で締結した治験契約書（以下「原契約書」という。）研究題目「ご記載ください。」（以下「本治験」という。）に関し、下記のとおり合意したので、覚書（以下「本覚書」という。）を締結する。

記

1) 乙が依頼する本治験において、保険外併用療養費制度における治験期間は、治験薬の投与開始日（初回治験薬処方日）から治験薬投与終了日（〇〇〇：スケジュール表から特定できる日を記入下さい。（例：VISIT 5、10 週目））までとする。

2) 乙が依頼する本治験において、同意取得日以降から治験薬の投与を開始するまでの期間（同意取得日から初回治験薬処方日の前日）及び治験薬投与終了日の翌日から治験結果の観察が終了するまでの期間（〇〇〇の翌日から〇〇〇：スケジュール表から特定できる日を記入下さい。（例：VISIT 6、12 週目））に実施する治験の実施に係わる検査・画像診断の費用は、各種加算・指導料等を含めた被験者自己負担分を乙が負担する。

*実施計画書上 2) が発生しない場合も、具体的な期間を設定せずに 2) に準じて検査・画像診断の費用の負担についての記載をしてください。

なお、その他の経費については、原契約書のとおりとする。

本覚書締結の証として本書を 2 通作成し、甲乙記名捺印の上、甲乙各 1 通を保有する。

年	月	日	
			印
甲	静岡県浜松市中央区半田山一丁目 2 0 番 1 号 国立大学法人浜松医科大学		
	理 事		印
乙	(住 所) ご記入ください。 (名 称) (代表者)		印

コメントの追加 [浜松医科大学1]: 日付は未記入でお願いします。

コメントの追加 [浜松医科大学2]: 理事名は弊学にて記入します。

上記の内容を確認しました。

年	月	日	治験責任医師： _____ 印
---	---	---	-----------------

コメントの追加 [浜松医科大学3]: 日付は未記入でお願いします。