

先天性血液凝固因子障害等治療研究業務委託契約申請書

平成 年 月 日

北海道知事 様

申請者 住 所
(開設者) 氏 名 印

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の委託を受けたいので、次のとおり申請します。

記

医療機関の名称	
医療機関等の所在地	〒 電話 - -
保険医療機関コード	

- (注) 1 契約書前文の相手方(「以下『乙』という。」の前)には、法人の場合は「医療法人 」、
「 株式会社」と記入して下さい。代表者名の表示は不要です。
2 契約締結年月日及び契約期間は道が記入しますので、記載しないで下さい。
3 契約書末尾の契約締結者(相手方)には、法人の場合は、所在地、法人名及び代表者氏名を
記入し、押印して下さい。
4 契約書末尾には実施医療機関等の所在地、施設名及び保険医療機関コードを記入して下さい。
保険医療機関コードが決定していない場合は契約出来ません。

(裏面)

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約の取扱い。

1 契約の締結

治療研究事業の委託を受けようとする医療機関等の開設者は、「先天性血液凝固因子障害等治療研究業務委託契約申請書」に「契約書」(2部)を添えて申請して下さい。

締結する契約の始期については申請のあった月の初日とし、終期は最初に到来する3月31日とします。ただし、期日満了の1箇月前までに解約の意思表示がないときは、期間満了の翌日から更に1年間契約を更新したものとみなし、以後も同様とします。

2 契約の内容の変更

保険医療機関コードに変更がなく、契約書に記載した以下の項目に変更がある場合は、「先天性血液凝固因子障害等治療研究委託契約変更届」により届け出てください。

- (1) 法人の名称
- (2) 法人の代表者氏名
- (3) 医療機関等の所在地の名称
- (4) 医療機関等の名称

3 契約の解約について

委託医療機関は保険医療機関コードに変更がある場合及び当該契約の解約をしたい場合は、「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約解除届」に解約の理由を付し届け出てください。

< 契約書記載例 >

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約書

北海道(以下「甲」という。)と医療法人 (個人の場合は個人名を記入してください。)
(以下「乙」という。)とは、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱(以下「実施要綱」という。)に基づく先天性血液凝固因子障害等治療研究業務について、次の各条により契約を締結する。

< 中 略 >

第8条 この契約の有効期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとする。
ただし、期日満了の1箇月前までに甲又は乙のいずれか一方から解約の意思表示がないときは、期間満了の翌日から更に1年間契約を更新したものとみなし、以後も同様とする。

2 この契約の有効期間内であっても、甲又は乙のいずれか一方から解約の意思表示がなされた場合はこの契約を解除する。

第9条 この契約に疑義を生じたとき、又はこの契約に定めのない事項については、甲乙両者の協議により定めるものとする。

この契約を証するため、本書を2通作成し、甲乙両者記名押印の上、各自その1通を保有するものとする。

平成 年 月 日

記入不要

甲 北海道
北海道知事



乙 開設者住所 札幌市 区 町 番地 号
開設者(代表者)医療法人 理事長
医療機関住所 札幌市 区 町 番地 号
医療機関名称 病院
保険医療機関コード { . . }



}必ず記入のこと