

モニタリング費用に関する覚書

受託者 地方独立行政法人北九州市立病院機構北九州市立医療センター（以下「甲」という）と治験依頼者（以下「乙」という）は、治験契約書（治験実施計画書 No. 西暦 年 月 日締結）の本治験にかかるモニタリング費用及びその支払い方法について次の通り覚書を締結する。

なお、本覚書に定めのない事項は、原契約のとおりとする。

第 1 条 本治験に係るモニタリングのうち、コロナ禍における直接閲覧を伴うモニタリングに関して、甲が乙に請求する費用は次に掲げる額の合計とする。なお、想定を超える印刷に係る費用等が別途かかる場合は、実費請求することとする。

モニタリング対応費用	1 日（9 時～17 時）	15,000 円	A	円
	半日（9 時～12 時）	10,000 円	B	円
	半日（12 時～17 時）	10,000 円	C	円
消費税	(A+B+C) × 10%			円
総合計	A+B+C			円

第 2 条 乙は第 1 条に定める費用を次の方法により甲に支払うものとする。

「モニタリング費用」は、終了時に甲が発行する請求書に基づき、請求翌月末までに支払う。

第 3 条 本覚書に定めない事項、その他疑義を生じた事項については、甲・乙協議の上決定する。

この覚書の締結を証するため、本覚書 2 通を作成し、甲、乙それぞれ 1 通を保管するものとする。

西暦 年 月 日

甲

住所 北九州市小倉北区馬借二丁目 1 番 1 号

名称 地方独立行政法人北九州市立病院機構
北九州市立医療センター

代表者 院長 中野 徹 印

乙

住所

名称

代表者

印

西暦 年 月 日

上記の覚書内容を確認しました。

治験責任医師（記名捺印又は署名）

印