様式１０

副作用・感染症自発報告実施契約書

 （医療機関名）広島赤十字・原爆病院（以下「甲」という。）と（依頼者）

 　　　　　　 （以下「乙」という。）とは、乙の医薬品の副作用・感染症自発報告実施に関し、以下のとおり契約を締結する。

 ［内容］

第１条 乙は、下記の副作用・感染症自発報告（以下「本調査」という。）を、甲に委託し、甲はこれを受託して実施する。

１．調査対象医薬品名：

２．調査対象症例数 ： 症例

３．調査料の額（消費税別） ：

調査経費　　1調査票あたり　　　　　　　　　　　　　　　　円

管理経費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４．調査担当医師名（所属・氏名）：

 （全員の氏名を記載）

 ［調査結果の使用目的］

第２条 乙は、本調査結果を、医薬品医療機器総合機構への報告及びインターネット上に公開

される「医薬品医療機器情報提供ホームページ」を含む安全管理情報（安全性情報）の提供のみに使用し、その他宣伝・販売等の目的では一切使用しないものとする。

［調査の実施］

第３条 乙が本調査の担当医師に副作用・感染症自発報告調査票の作成を依頼することとする。

［調査料の支払い］

第４条 乙は、この契約が締結されたときは、甲の指定する期間内に、調査料を甲に納付しなければならない。

 （振込口座）

 広島銀行 大手町支店

 普通 　３４７６７２３

 広島赤十字・原爆病院

 （納付期限）

 調査終了後３０日以内。

 ［その他］

第５条 本契約に定めのない事項、その他疑義を生じた事項については、その都度甲乙協議のうえ決定する。

 以上、本契約の成立を証するため、本書２通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各１通を保有するものとする。

 西暦　　 年 月 日

 （甲）広島県広島市中区千田町１丁目９番６号

 広島赤十字・原爆病院

院長　　　　 　○　　○　　　○　　○　 印

 （乙）住所

 会社名

 代表者名 印