**観察期脱落費用に関する覚書**

（治験受託者）　関西医科大学総合医療センター　　（以下、甲という）と

（治験委託者）　　　　　　　　　　　　　　　　　（以下、乙という）は、甲乙間において西暦　　　年　　　月　　　日付で締結した治験薬　　　　　　　（以下、「本治験」という）の実施にあたり観察期脱落費用について下記により、覚書(以下、｢本覚書｣という)を締結する。

記

第１条　観察期脱落例(同意取得～投与開始以前に脱落した症例)に要する費用については次のとおりとし、乙は進捗に応じて３ヶ月毎に支払う。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 観察期脱落症例 | 「 50,000円×１症例 」 | 50,000円 |
| ②管 理 経 費 | 薬剤部・病院事務管理課・経理部・購買部の人件費等。  　※薬剤部の渉外・調整費を含む。  「 ①×35％ 」 | 17,500円 |
| 直接経費 | 「 ①＋② 」 | 67,500円 |
| 間接経費 | 本治験に係る医師・看護師等の人件費及び建物・機器の 減価償却費。  「 直接経費×30％ 」 | 20,250円 |
| **合　計** | 「 直接経費＋間接軽費 」　　　　（消費税別） | 87,750円 |

第２条　乙は、甲が発行する請求書に従い、甲の指定する銀行口座に消費税を合算した額を支払うものとする。（消費税の取扱いについて小数点以下切上げ）

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、各1通を保有する。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

甲（治験受託者） 大阪府守口市文園町10番15号

関西医科大学総合医療センター

病院長　杉浦　哲朗　　　印

乙（治験委託者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印