先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約の申出書

 　　　　年　　月　　日

　和歌山県知事　様

 開設者住所

 開設者氏名

 （法人の場合、法人名及び代表者氏名）

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　和歌山県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業にかかる委託契約について、下記のとおり申し出します。

|  |
| --- |
| 契約申し出を行う医療機関　　 |
|  （ ） 病　院 （ 　） 診療所 （　　） 調剤薬局 （ ） 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ( ) 介護医療院  該当箇所に（ ○ ）印記入して下さい。 |  名　 称 |  |
|  医療機関ｺｰﾄﾞ |  |
|    所 在 地 | 〒（TEL） |
| 委託契約の申出年月日 |  　　年　　月　　日 |
| 備　考 |   |
|  担当部署・氏名 （問い合わせ先） |  |

 （添付書類） ① 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約書　*２通提出*・

② 個人情報取扱特記事項

 （①②の書類を両面印刷・ホチキス留めし、それぞれのとじ目に押印（割印）をして下さい。）

 （契約書の取り扱い）

 　　「乙」欄 （受託者）については、**２通とも記名・代表者印を押印のうえ提出**願います。

 知事印押印後、うち１通を申し出者に送付します。

 作成に当たっては「契約書作成例」及び「委託契約書の押印について」をご確認願います。

　　　　　　　＜契約書記載例＞　　　朱色の部分について記入願います。

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約書

　和歌山県（以下「甲」という。）と受託者　開　設　者　名 を記入　　　　　　　　　　　　　　　（以下「乙」という。）とは、和歌山県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく事業の委託について、次のとおり契約を締結する。

（委託事業）

第１条　甲は、要綱に定める治療研究事業（以下「委託事業」という。）の実施を乙に委託し、乙は、これを受託する。

（委託事業対象者）

第２条　委託事業対象者は、要綱第３条に規定する対象患者であって、知事の承認を得ている者とする。

２　乙は、患者に対して、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の提示を求めることとする。

（委託事業の補助の範囲）

第３条 乙が委託事業に係る費用について、甲に請求できる額は、要綱第５条第２項に定める範囲とする。

（委託事業費の支払）

第４条　前条の費用については、乙が国指定要綱第１２条第２項の規定に基づき、甲から別途委託を受けた和歌山県社会保険診療報酬支払基金等、委託事業費の審査支払機関に請求するものとする。

（協力）

第５条　乙は、甲から委託事業について、調査又は報告を求められたときは、これに応じ　るものとする。

（契約期間）　　　　　　　　　日付は記入不要

第６条　この契約期間は、　年　月　日から　年　月　日までとする。

　　ただし、契約期間満了の１か月前までに甲乙いずれからも相手方に対し特段の意思表示をしないときは、更に１年間この契約を更新したものとみなし、その後もまた同様とする。

（個人情報の保護）

第７条　乙は、委託事業による個人情報の取扱いについては、別記「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。　　　　　　　　　　　　　　　*契約書の裏面に打ち出し願います*。

（その他）

第８条　この契約に定めのない事項については、甲乙協議して定めるものとする。

 この契約を証するため、本書を２通作成し、甲乙それぞれ記名押印の上、各自その１通を保有する。

　　　年　　月　　日

日付は記入不要 甲　　和歌山県知事

乙欄について記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 乙 　開設者住所 ○○市○○町○○丁目○○番地

開設者 △△法人△△会　理事長　和歌山　太郎

医療機関住所　　○○市○○町○○丁目○○番地

医療機関名　　　△△△病院

**委託契約書の押印について**

以下に、いくつかの事例を示しておりますので、記載・押印の参考にして下さい。

また、両面印刷・ホチキス留めのうえ、**それぞれのとじ目に契約に用いた印を押印**してください。

**開設者が個人の場合は医療機関住所、医療機関名のみを記入し、開設者が法人の場合はすべて記入してください。**

（例）　○開設者が個人の場合

医療機関住所　　　（医療機関の住所）

　　　　医療機関名　　　　○○○診療所（クリニック）

　　　　　　　　　　　　　和 歌 山　太　郎　　　　　　　　　（個人印）

　　　　○開設者が法人の場合

開設者住所　　（開設者の住所）

　　　　開設者名　　　医療法人○○○会

理事長　和　歌　山　太　郎　　　　**←**（法人印・代表者印）

医療機関住所　（医療機関の住所）

院長
印

医療機関名　　○○病院

　　　　　　　　　　　院長　和　歌　山　花　子　　　　**←**（代表者印）

問い合わせ先

　和歌山県福祉保健部健康局

　健康推進課　がん・疾病対策班（特定疾患担当）

TEL　０７３－４４１－２６４０（直通）