**覚　　書**

新潟県立リウマチセンター（以下「甲」という）と〇〇〇〇〇〇〇（以下「乙」という）の間で、　　年　　月　　日付で締結した治験薬（治験薬コード名：　　　　　　　　　）に

関する治験契約（以下「原契約」という）に関して、以下のとおり覚書を締結する。

記

治験課題名：

治験実施計画書番号：　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

第1条　原契約中、同意を取得し、治験薬投与にいたらなかった被検者1症例あたり、

研究費として一律50,000円（税抜）を支払う。

2、　脱落症例費の請求、支払い方法は、原契約の第13条2項1号を準用する。

この覚書を証するものとして、本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自1通を

原契約書と共に保有する。

　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　（住　所）　新潟県新発田市本町1丁目2番8号

　　　　　　　　　　　　甲　　 （名　称）　新潟県立リウマチセンター

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　院長　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　（住　所）

　　　　　　　　　　　　乙　　 （名　称）

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　　　　　　　　　　　　　 　　印