

# 医療機器共同利用契約書

委託者 _____ (以下、「甲」と称する)と	
受託者 <u>医療法人 平成博愛会 印西総合病院</u> (以下、「乙」と称する)は、	
下記の通り委託契約を締結致します。	
委託業務	一般撮影・CT・MRI装置による検査
報酬の額	[検査料金] MRI:13,300円、CT:9,000円、一般撮影:撮影部位・方法により 診療報酬の撮影料に準じて計算する  [読影料金] 3,000円+税(画像スライス200まで)、 201~400:500円+税、401~(100スライス毎):300円+税 追加
支払の時期および方法	報酬の支払は、毎月末日に締切り、翌月末日までに甲から乙の指定する銀行口座へ振り込みとする。なお振込手数料は、甲の負担とする。
契約開始年月日	年 月 日
契約期間	契約の期間は契約開始年月日から1年間とする ただし、期間の満了する1月前までに甲または乙のいずれか一方が相手方に対して、契約を更新しない旨の通知をしなかったときは更に1年間有効とし、以後も同様とする。
他	この契約に定めない事項については、甲乙協議の上で定めるものとする

年 月 日

委託者(甲) 所在地 \_\_\_\_\_  
事業者 \_\_\_\_\_  
代表者 \_\_\_\_\_ 印

受託者(乙) 所在地 千葉県印西市牧の台一丁目1番地1  
事業者 医療法人 平成博愛会 印西総合病院  
代表者 院長 永井 雅巳 印

本契約書は2通作成し、甲・乙それぞれ1通を保有するものとする。