画像診断検査に関する業務委託契約書

委託者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（以下甲）と受託者八戸赤十字病院（以下乙）は画像診断検査に関してこの契約を締結する。

1. この契約に基づき、甲の治療における画像診断検査を以下の条件で乙は行うことを約した。
2. 甲が乙に撮影依頼に関する事項は、その都度FAX等で依頼する。
3. 乙は甲より依頼を受け次第、甲に撮影日時の確認・連絡を行うものとする。
4. 乙は翌月１０日までに甲に画像診断検査料の請求をし、甲はこれを確認し、当月中に乙に支払うものとする。
5. 単価については、別紙の通り。
6. この契約は令和31年4月1日より１年間とする。但し、契約期間満了１ヶ月前までに甲・乙いずれからも書面による解約の申し出がない限り、本契約は自動更新されるものとする。
7. この契約に定めのない事項についてへ、甲と乙の協議により、別途定めるものとする。

この契約の証として本書２通を作成し、甲乙双方が記名押印の上、各自１通を保有する。

令和31年4　　月　1日

　　　　委託者（甲）所在地八戸市大字大久保字大塚17番729号

名　称青森県立はまなす医療療育センター

代表者園長　盛島　利文

受託者（乙）所在地　　 八戸市大字田面木字中明戸２番地

名　称 　 八戸赤十字病院

代表者 　 院　長　　紺野　広

別紙（第５条関係）

画像診断検査の単価については次のとおりとする。

|  |  |
| --- | --- |
| 撮影内容 | 検査料単価（非課税） |
| ＣＴ | １４，７００円 |
| ＭＲＩ | １９，０００円 |
| 骨塩定量検査 | |
| 腰椎＋大腿骨 | ４，５００円 |
| 腰椎のみ | ３，６００円 |
| 大腿骨のみ | １，４００円 |