

# 記入例

## 赤枠内をご記入ください

### CT・MRI 共同利用契約書

委託者 貴院名 (以下「甲」という。) と受託者  
医療法人博仁会福岡リハビリテーション病院 (以下「乙」という。) とは、次の通り契約を締結する。

第1条 地域の医療機関との連携を図り CT・MRI を共同利用することで、地域におけるニーズに対応することを目的とする。但し、造影剤使用検査は対象外とする。

第2条 甲は、検査の実施に当たり検査日時の予約を取り、患者に説明をおこなう。乙は、受託した検査を行い、その画像データ等を甲に渡す。

第3条 前条により乙が実施した撮影業務について、乙が甲に請求する費用の額 (以下「利用料」という。) は、別紙の通りに定める。

第4条 乙は前条により算定した利用料を月締めにて請求し、甲は翌月末日までに乙の指定する口座に振り込むものとする。但し、甲が行うレセプト請求が減額査定された場合においても利用料の減額は行わないものとする。

第5条 この契約の期間は、年 月 日より1年間とする。また、期間満了1ヶ月前までに双方からの契約終了の申し入れがない限り、本契約は自動更新されるものとする。

第6条 この契約について疑義が生じた場合及びこの契約に定めのない事項については、その都度甲乙協議のうえ解決するものとする。

本契約書を証するため、本書2通を作成し、甲乙双方が記名押印のうえ、各1通を保有する。

→ ※2通共お送りください

年 月 日

甲  
住所  
医療機関名  
院長名

押印

乙  
住所 福岡市西区野方 7-770  
医療機関名 福岡リハビリテーション病院  
院長名 木原 亨

印