

助言・提言打診書

令和 年 月 日

一般社団法人日本神経精神薬理学会 理事長 殿

この度、下記の通り、トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会規程に基づき、助言・提言の依頼を申し込みます。

記

依頼者名	
依頼者所属・役職	() 印
助言・提言依頼内容	
助言・提言を求める上で 提供する資料概略	(詳細別紙可・様式自由)
助言・提言費用	円 (前納・分納・後納)
希望する助言・提言時期	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
その他、依頼者が 希望する事項	
備考	(連絡先 住所) 〒 — TEL : — — E-mail :

守秘義務誓約書

令和 年 月 日

依頼者

_____ 殿

一般社団法人日本神経精神薬理学会

理事長 _____ 印

トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会

委員長 _____ 印

このたび、一般社団法人日本神経精神薬理学会トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会に、提出いただいた助言・提言依頼について、守秘義務に関する誓約をいたします。

また、守秘義務の内容に関する詳細については、別途契約で締結いたします。

担当委員名 _____ 印

担当委員名 _____ 印

助言・提言依頼書

令和 年 月 日

一般社団法人日本神経精神薬理学会 理事長 殿

この度、下記の通り、トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会規程に基づき、助言・提言を依頼致します。

記

依頼者名	
依頼者所属・役職	() 印
助言・提言依頼内容	
助言・提言を求める上で 提供する資料概略	(詳細別紙可・様式自由)
助言・提言費用	円 (前納・分納・後納)
希望する助言・提言時期	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
その他、依頼者が 希望する事項	諮問会議開催の可否：
備考	(連絡先 住所) 〒 — TEL : — — E-mail :

受諾通知書

令和 年 月 日

依頼者

_____ 殿

一般社団法人日本神経精神薬理学会

理事長 _____ 印

一般社団法人日本神経精神薬理学会トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会に、提出いただいた助言・提言依頼について、受諾いたします。

なお、本件の助言・提言責任者は、当会会員の _____ が担当致します。

助言・提言依頼受託契約書

令和 年 月 日

依頼者

_____ 殿

一般社団法人日本神経精神薬理学会
理事長 _____

_____ (以下「甲」と言う。)と一般社団法人日本神経精神薬理学会 (以下「乙」と言う。)とは、以下の通り、一般社団法人日本神経精神薬理学会トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会に、提出いただいた助言・提言依頼に関する契約を締結する。

第1条 助言・提言依頼の受託

甲は乙に対し、次の依頼内容に関する助言・提言について依頼 (以下「依頼」と言う。)を委託し、乙はこれを受託する。

助言・提言依頼内容: _____

第2条 助言・提言責任者

乙が受託を実施する場合の助言・提言責任者は、乙の会員である以下の者とする。

助言・提言責任者 _____

第3条 研究期間

受託の実施期間は令和 年 月 日より令和 年 月 日までとする。但し、甲の承認の下で、報告書の提出をもって期間の終了とすることが出来る。

第4条 受託費用

受託費用は以下の額とし、甲は乙の請求に基づき、これを納入しなければならない。また、研究の内容によっては、甲と乙の協議のもとに受託研究費の前納、分納または後納とすることが出来る。

受託費 _____ 円

第6条 機密保持

乙は受託の実施に際して甲より知得した業務上の機密を、甲の了解なしに第三者
一般社団法人日本神経精神薬理学会トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会
(様式5)

に漏らしてはならない。

第7条 再委託の禁止

乙は甲の承諾なしに、受託の再委託等、この契約に基づく権利および義務を第三者に継承させてはならない。

第8条 知的財産所有権

受託の実施に基づいて得られた知的財産の所有権に関しては、甲と乙の協議の上、これを決定するものとする。

第9条 購入物品の所有権

当該受託に関連して購入した設備および備品等の所有権は、甲、乙および当該助言・提言担当責任者の三者で協議の上決定する。

第10条 契約の変更

甲、乙いずれか一方において、止むを得ない事由が生じた時は、甲と乙の協議の上、この契約内容を変更することができる。

第11条 協議事項

この契約に定めない事項、またはこの契約の解釈に疑義が生じた事項については、必要に応じ、その都度甲と乙の協議の上、決定するものとする。

この契約書は受託研究の契約締結の証として、本書2通を作成し、甲と乙各々その一通を保有する。

令和 年 月 日

住 所

甲 組織名

代表者 _____ 印

東京都文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4階

乙 一般社団法人日本神経精神薬理学会

理事長 _____ 印

守秘義務誓約書

令和 年 月 日

一般社団法人日本神経精神薬理学会
理事長 _____ 殿

担当委員
_____ 印

このたび、_____ 依頼者名 _____ からの一般社団法人日本神経精神薬理学会トランスレーショナル・メディカル・サイエンス委員会への助言・提言依頼について、守秘義務に関する誓約をいたします。