

# 骨密度(DXA法)検査 委託契約書

委託者 _____ (以下「甲」と称する)と	
受託者 <u>広島赤十字・原爆病院</u> (以下「乙」と称する)は	
下記の通り委託契約を致します。	
委託業務	骨密度測定装置による検査
報酬額	●腰椎+大腿骨・・・4,500円(税込) (医療法改正等で診療報酬金額に変更が発生した場合は、予告なく金額の変更を行う場合があります。)
支払時期及び方法	報酬の支払いは、乙が内訳書(請求書)を送付した月末日までに、甲から乙への口座へ振り込むこととします。
契約開始年月日	_____年 _____月 _____日 甲・乙の申し出がない限り、この契約は自動更新致します。

〒

所在地 \_\_\_\_\_

(甲) 委託者 \_\_\_\_\_

印

〒730-8619

所在地 \_\_\_\_\_

広島県広島市中区千田町1-9-6

(乙) 受託者 広島赤十字・原爆病院

院長 古川 善也

印

※ 本書は2通作成し、甲・乙それぞれ1通を所持するものとします。

広島赤十字・原爆病院