

委託契約書

委託者	_____ (以下「甲」と称する)と
受託者	_____ 県西総合病院 (以下「乙」と称する)は、
下記のとおり委託契約をいたします。	
委託業務	CT・MRI・乳房X線撮影・骨密度測定各装置による検査
報酬の額	別紙「県西総合病院・医療機器共同利用のご案内」に掲載した金額
支払の時期及び方法	報酬の支払いは、乙が内訳書(請求書)を送付した月内に、 甲から乙の口座へ振り込む
契約開始年月日	平成 年 月 日 甲・乙の申し出がない限り、この契約は自動更新とする

所在地 〒 _____
(甲) 委託者 _____ (印)

所在地 〒309-1295 桜川市鎌田604
(乙) 受託者 県西総合病院 院長 中原 智子 (印)

(注) 本書は2通作成し、甲・乙それぞれ1通を所持するものとする。

県西総合病院