

群馬大学医学部附属病院末梢血幹細胞移植に関する技術協力受託規程

平成 30.11. 5 制 定

改 正 令和 2. 7. 9

(趣 旨)

第 1 条 群馬大学医学部附属病院（以下「本院」という。）において、外部から委託を受けて行う末梢血幹細胞移植に関する技術協力（以下「技術協力」という。）については、この規程の定めるところによる。

(契約の締結)

第 2 条 技術協力を依頼しようとする者（以下「依頼者」という。）は、技術協力の内容及び協力を依頼する期間等について、あらかじめ本院と契約を締結しなければならない。

2 前項に定める契約は、受託事業契約として締結するものとし、国立大学法人群馬大学契約事務取扱規程第 4 条に規定する受託事業に係る分任契約担当役が行うものとする。

(技術協力の依頼)

第 3 条 依頼者は、技術協力を依頼する都度、別紙様式による技術協力依頼書を群馬大学医学部附属病院長（以下「病院長」という。）に提出しなければならない。

(技術協力の料金)

第 4 条 技術協力の料金は、別表料金表に掲げるとおりとする。

2 料金の納入時期及び方法等については、契約書に定めるとおりとする。

3 既納の料金は、いかなる事情があっても返還しない。

(結果の通知)

第 5 条 病院長は、依頼された技術協力を完了したときは、その結果を依頼者に通知するものとする。

(その他)

第 6 条 この規程に定めるもののほか、技術協力に関して必要な事項は別に定める。

(規程の改廃)

第 7 条 この規程の改廃は、病院運営会議の議を経て、病院長が行う。ただし、法令等に基づく条文の整備又は所掌事務を遂行するために必要な改正、その他軽微な改正に関しては、会議への付議を省略することができる。

附 則

この規程は、平成 30 年 11 月 5 日から施行する。

附 則

この規程は、令和 2 年 7 月 9 日から施行し、令和 2 年 4 月 1 日から適用する。

別表 (第4条関係)

料金表

- 1 造血前駆細胞数 (CD34陽性細胞数) の測定及び結果報告 (1回につき)
17,000円

平成 年 月 日

群馬大学医学部附属病院長 様

施設名	
主治医	
連絡先	内線()

末梢血幹細胞移植に関する技術協力依頼書(FAX不可)

【患者・提供者情報】

(患者) ふりがな 患者名	(男・女)	年齢()才 体重()Kg
(提供者) ふりがな 提供者名	(男・女)	年齢()才 体重()Kg
採取予定日	年 月 日～	年 月 日(採取予定回数 回)

【依頼内容】

CD34陽性細胞数測定

【感染症検査結果】(自己移植の場合は本人、同種移植の場合は提供者の結果を記入してください。)

検査項目	HBs抗原	HBc抗体	HCV抗体	HIV抗体	HTLV-1抗体
検査結果					

- ・採取予定日の10日前までに群馬大学医学部附属病院輸血部まで提出してください。
- ・採取予定に変更が生じた場合は、電話で連絡してください。
- ・採取した末梢血幹細胞は、群馬大学医学部附属病院輸血部へ16時30分までに搬入してください。

【連絡先】

群馬大学医学部附属病院輸血部 TEL:027-220-8670