

協力医療機関に関する協定書

NPO 法人●●（以下「甲」という。）と、■■■クリニック（以下「乙」という。）は、甲が運営する障害者自立支援法に基づく障害者福祉サービス事業所▲▲（*施設の住所）に関し、次のとおり協力医療機関に関する協定を締結する。

（協力医療機関）

第一条 乙を甲が設置経営する障害者福祉サービス事業所の協力医療機関と定め、甲が行う施設の利用者に対し、乙は定期的に医師(氏名)もしくは看護師(氏名)を(医療機関に支払う料金 ○千円/回や実費等)にて派遣する。

（協定期間）

第二条 この協定期間は、平成 21 年○月○日から 1 年間とし、甲乙共に協定継続に異議がない場合は、次年度以降も継続できる。

（疑義等の決定）

第三条 この協定について疑義が生じたとき又は、この協定に定めのない事項については甲乙の協議の上、決定する。

この協定を証するため、本書二通を作成し、甲乙の記名押印の上、各自一通を保管する。

平成 21 年○月○日

甲 住所
法人名
代表者

乙 住所
病院名
代表者