**[임상연구 코디네이터(CRC) 지원 협약서]**

**별첨1]**

 시험책임자(이하”연구자”)와 임상시험센터(이하”센터”)는 CRC지원에 관하여 아래와 같이 계약 (이하 "본 협약“이라 한다)을 체결한다.

제 1 조 [목적]

 본 계약은 센터가 연구자에게 CRC지원을 제공하고, 연구자는 이에 대하여 센터에 비용을 지급함에 있어 필요한 제반 사항을 정함을 그 목적으로 한다.

제 2 조 [지원의 내용]

1. 임상연구 시 코디네이터의 업무를 지원한다. 단, 연구자의 요청서(CRC지원신청서)에 의거하여 지원한다.
2. 연구자의 연구비 관리는 임상시험센터 연구간호사의 주 업무에서 제외되며, 예외사항의 경우도 허용 하지 않는다.
3. 해당 시험의 협약은 초기심의 승인 연구기간, 증례 수 까지로 한다. 단, 협약기간 종료 시 수행 여부를 평가하여 재 협약 또는 종료 한다.

- 연구기간, 증례 수 변경 시 연구진행에 따라 조정이 가능하며 협의하여 협약서 를 재 작성한다.

1. 업무시간은 정규근무(평일 08:00-17:00) 시간으로 한다.

제 3 조 [임상시험위탁수행 비용지불]

1. 연구자는 임상시험 위탁 수행비를 행위별수가로 지급한다.

- 연구간호사가 수행한 항목에 발생한 행위 비용

1. 초기연구 set up 비용은 대상자 등록이 없이 종료 되거나 조기종료 시 에도 반환이 불가하다.
2. 임상시험 위탁 수행비 지급방법: 센터에서 발행한 청구서를 확인 후 지급한다.
3. 임상시험 위탁 수행비 미납시 행정절차 :

- 청구서 발행 후 1개월 이내 입금을 원칙으로 한다.

6개월 이내 미납 시 : 산학 협력단 통보 및 연구지원 중단

1. 진행중인 과제 의뢰시의 비용 지불 기준은 위와 동일하게 행위별수가로 적용한다.
2. 입금 계좌 : 기업은행 434-106598-01-519, 의)길의료재단

제 4 조 [계약의 유보사항]

본 협약 후 발생되는 사항이나 해석상 불분명한 사항에 대해서는 상호 협의하여 결정한다.

본 협약의 내용을 증명하기 위하여 계약서 1부를 작성하고, ***상호 서명 또는 날인한 후***

***원본 1부는 센터에서,사본 1부는 연구자가 보관한다.***

**IRB No** :

**협약 기간:**

**증례 수:**

**지원 코디네이터:**

**임상시험 위탁 수행비: 행위별수가 청구금액**

**<시험책임자>**

작성일 : 년 월 일

소 속 :

성 함 :

서 명 :

**<임상시험센터 센터장>**

작성일 : 년 월 일

소 속 : 임상시험센터

성 함 : 박 연 호

서 명 :