レカネマブに関する連携協定書

参考様式

 ○○○○○ （以下「甲」という。）と○○○○医療機関（以下「乙」という。）は、令和5年12月19日付医薬薬審発1219第2号厚生労働省医薬品局医薬品審査管理課長通知による「最適使用推進ガイドライン　レカネマブ（遺伝子組換え）」に則り、レカネマブ投与について相互の連携及び協力に関する基本的事項について、以下のとおり連携協定（以下「本協定」という。）を締結する。

（目 的）

第１条 本協定は、甲と名古屋市認知症疾患医療センターである乙が、レカネマブの投与に当たり患者に一貫性のある良質な医療を提供するため、相互に協力、連携を図ることを目的とする。

（連携・協力事項）

第２条　甲及び乙は、相互に協力し合い、患者中心の継続性のある適正な医療の確保に努めるものとする。

２　甲及び乙は、相互にレカネマブに関する治療について情報共有を行うものとする。

（有効期間）

第３条 本協定の有効期間は、締結の日から２年間とする。ただし、本協定による有効期間満了の３か月前までに、甲乙いずれからも協定終了の意思表示がない場合には、さらに１年間有効とし、その後も同様とする。

（守秘義務）

第４条 甲及び乙は、本協定に基づく連携において知り得た患者等の個人情報並びに業務上の秘密事項を第三者に開示し、漏えいし、又は本協定の目的外での利用をしてはならない。

２　甲及び乙は、本協定の有効期間が終了した後も、前項に定める守秘義務を負うものとする。

（協議）第５条 本協定に定めのない事項又は疑義が生じた場合には、甲乙間において協議の上これを定めるものとする。

本協定の締結を証するため、本書２通を作成し、甲乙それぞれ記名押印の上、各自１通を保有する。

○○年○○ 月○○ 日

甲　（住所）愛知県名古屋市○○区○○○

（機関名）〇〇〇〇〇〇

（代表者役職・氏名）○○　○○ ㊞

乙 （住所）愛知県名古屋市○○区○○○

（機関名）〇〇〇〇〇〇

（代表者役職・氏名）○○　○○ ㊞