**ストレスチェックに係る産業医契約書**

事業者　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 （以下「甲」という）と、

長野県医師会員　　　　　　　　　（以下「乙」という）とは、　 　　　　　　　医師会を確認者（以下「丙」という）として甲の実施するストレスチェックに関する業務について次のとおり契約（以下「本契約」という）を締結する。

（業務内容）

第1条　乙は、本事業場において、甲の労働者に対し、次の各号に掲げる業務のうち、甲、乙協議の上、定めた業務を行うものとする。（行う業務に○、行わない業務に×をする）

(1)　ストレスチェックの実施者（共同実施者を含む）の業務（　　）

　(2)　ストレスチェック実施後の面接指導の業務（　　）

（報酬）

第2条　乙が本契約に基づいて行った前条第1号の業務に関し、甲が支払う報酬の額は、ストレスチェックの実施1回につき　　　　　　円（不課税）とする。乙が本契約に基づいて行った前条第2号の業務に関し、甲が支払う報酬の額は、1名につき　　　　　円（不課税）とする。

2　前項に規定する報酬の支払い方法は、毎月月末までに乙の指定する銀行口座に振り込むことにより支払うものとし、この際の振込手数料は甲の負担とする。

3　その他、必要な費用等を要する事項に関しては、甲、乙協議の上、決定する。

（譲渡及び再委託の禁止）

第3条　乙は、本契約によって生じる権利並びに義務を、甲の事前の書面による承諾を得ることなく、第三者に譲渡もしくは再委託し、又は担保に供してはならない。

（事故などの補償）

第4条　乙が本契約に定める職務遂行中に生じた第三者に対する人的および物的事故については、乙の故意または重大な過失に基づくものを除き、すべて甲の責任において処理し補償するものとする。

2　乙が本契約に定める職務遂行中に受けた人的事故については、甲の事業場等への往復途上も含め、甲は乙の損害を補償する責任を負うものとする。物的事故についても同様とし、甲、乙協議の上、甲は乙に対し損害を補償するものとする。

（契約の有効期間）

第5条　本契約の有効期間は、　　　　　　年　　　月　　　日から1ヵ年とする。

2　前項の期間満了の1ヵ月前までに、甲または乙から別段の意思表示がない場合、本契約は同内容により更に1ヵ年更新するものとし、以後も同様とする。

（契約の解約）

第6条　前条に定める本契約の有効期間内においても、甲、乙いずれからか解約の申し出がなされた時は、1ヵ月前の予告をもって本契約を解約することができる。

（契約の解除）

第7条　甲又は乙は、相手方が故意又は過失により本契約に定める義務を履行しない場合において、相当の期間を定めて履行を催告したにもかかわらず当該催告期間経過後もなお履行されないときは、本契約の全部もしくは一部を解除することができる。

2　前項の規定にかかわらず、甲又は乙は、相手方が次の各号のいずれかに該当するときは、何らかの催告なしに直ちに本契約の全部もしくは一部を解除することができる。

1. 本件職務の遂行が不能となったとき。
2. 官公署による免許、認可、登録が取り消される等、業務資格に重大な変更があった

とき。

1. 暴力団、暴力団員、暴力団関係者その他の反社会的勢力（以下「暴力団等」という。）

であること、暴力団等が経営に実質的に関与していること、又は、暴力団等と密接な交際等をしていることが認められるとき。

1. 自ら又は第三者を利用して相手方に対して詐術、暴力的行為若しくは脅迫的言動

を用い、又は相手方の名誉、信用等を毀損し、若しくは業務を妨害したとき。

1. 背信行為があったとき。
2. 支払いの停止があったとき、又は仮処分、仮差押、差押、競売、破産手続開始、民

事再生手続開始、会社更生手続開始、若しくは特別清算開始の申立てがあったとき。

1. 手形交換所の取引停止処分を受けたとき。
2. 租税公課の滞納処分を受けたとき。
3. 業務の停止又は解散の決議をしたとき。

（10）その他前各号に準ずる本契約を継続し難い重大な事由が発生したとき。

3　甲又は乙は、前二項の規定により本契約を解除したときは、たとえ相手方に損害が生じたとしても、これを賠償する責任はないものとする。

（守秘義務）

第8条　乙は、本契約に定める業務を遂行上知り得た事項を他に漏らしてはならない。本契約が終了し、又は解約された後においても同様とする。

（契約に定めのない事項）

第9条　本契約に定めのない事項については、甲、乙協議の上、これを定める。

本契約を証するため、本書を3通作成し、甲、乙および丙が記名押印の上、甲、乙および丙が各1通ずつ保有する。

　　　　　年　　　月　　　日

［甲］　　　事業場所在地　〒

　　　　　　名称

　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

［乙］　　　住所　　　　　〒

　　　　　　医療機関名

　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

［丙］　医師会名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印