

(様式3)

医療機器の貸出に関する確認書

平成 年 月 日
返却確認日 平成 年 月 日

貸出し元 **株式会社 茂久田商会**
所在地 神戸市中央区港島南町4-7-5
TEL:078-303-8248
FAX:078-303-2153

貸出先
所在地 〒
電話番号
管理責任者
氏 名

印

貸出し目的
デモ 臨床試用 (有効性 安全性、操作性等の確認) 緊急時・災害時対応 事故 故障対応
研修 研究目的・公益的研究活動 納期遅延対応 その他

品名・メーカー名・規格型式	数 量	使用者名 / 設置場所	期 間	症例数

貸出し期間中の費用負担：

1. 当該医療用具の設置費用は使用者の負担とする。
2. 当該医療用具の撤去費用は使用者の負担とする。
3. 貸出期間中の保守修理費用は使用者の負担とする。
4. 貸出期間中の消耗品費等は使用者の負担とする。
5. 運賃及び送付・梱包費用は発送者の負担とする。

貸出し期間が満了した当該医療用具は、速やかに貸出し元に返却する。

お取引先商店名：