

(様式3)

医療用具の貸出に関する確認書

14年 7月 1日

返却確認日 年 月 日

貸出し元 **髙茂久田商会**
 所在地 神戸市中央区港島南町4-7-5
 TEL:078-313-8248
 FAX:078-303-2153

貸出先 鈴木歯科医院
 所在地 〒540-0000 大阪市中央区 通り1-2
 電話番号 06-0000-0000
 管理責任者 鈴木一郎 (代表者名)
 氏名 山田 太郎



印 (必ずお願いします)

貸出し目的 (別紙参照下さい)

- | | | | |
|----|------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| デモ | <input checked="" type="checkbox"/> 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
		山田 太郎 / 鈴木歯科医院	10日間 (予定期間)	20症例 (予定症例数)

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。

必要事項のもれなく記入された確認書が到着次第、弊社より商品を送付いたします。
 (FAXの場合は、押印原本を商品返送時にあわせてご送付下さいますようお願い申し上げます)

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：
 日本歯科商店(株)