

(様式3)

## 医療機器の貸出しに関する確認書

貸出元  
所在地

貸出先 医療法人 厚生会 福井厚生病院  
所在地 福井県福井市下六条町1字6番1  
管理責任者 院長 服部 昌和 印  
氏 名 印

返却確認日

年 月 日  
年 月 日

貸出目的

- 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

●貸出期間中の費用負担:

1. 当該医療機器の設置
2. 撤去
3. 保守・修理費
4. 消耗品等
5. その他の費用

貸出元負担

貸出先負担

●貸出期間が満了した当該医療機器は、速やかに貸出元に返却する。