

(様式3)

医療機器の貸出しに関する確認書

2026年 4 月 1 日

貸出元 **FKH医療機器販売株式会社**
所在地 **福井県福井市下六条町201番地**

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 **内科 医師** 印

返却確認日 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
非医療従事者向け自動除細動器 医療機器メーカーA AED-1000	1	外来看護師/ 救急室	2026/5/1 から 2026/5/14	5

●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

1, 2, 5

貸出先負担

3, 4

●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。