

(様式3)

## 医療機器の貸出に関する確認書

返却確認日 西暦 年 月 日  
西暦 年 月 日

貸出元 **髙茂久田商会**  
所在地 神戸市中央区港島南町4-7-5  
TEL:078-303-8248  
FAX:078-303-2151

貸出先  
所在地 〒  
電話番号  
管理責任者  
氏 名

貸出目的

印  
(必ずお願いします)

- 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費用は使用者の負担とする。
2. 当該医療機器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。

必要事項を記入された確認書が到着次第、弊社貸出予約リストに登録させていただきます。尚、貸出用医療機器の在庫状況により商品の発送に時間がかかる場合がございますのであしからずご了承ください。  
FAXでの貸出予約の場合は、押印原本は貸出機器の返却

●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。

お取引先商店名:

ご帳合先:

様