

(様式3)

医療機器の貸出に関する確認書

西暦 年 月 日
西暦 2019 年 5 月 1 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:078-303-824

FAX:078-302-2153

貸出先

鈴木歯科医院

所在地 〒

540-0000 大阪市中央区〇〇通り1-2

号

06-0000-0000

担当者

鈴木一郎(代表者名)

名

山田 太郎

デモもしくは修理代
品をお選びいただ
き、チェックして下
さい。

ご記入例



印

(必ずお願いします)

貸出目的

デモ

臨床試用(有効性・安全性、操作性等)

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
シリジェット	1丁	山田 太郎／鈴木歯科医院	1週間	20症例

●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。

●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。

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

お取引先商店名:

日本歯科商店(株)