

(下記 1～4 までの太枠に必要事項をご記入いただき、岐阜県医師会事務局まで FAX でお申し込みください。)

申込先 FAX : 058-271-1651 (岐阜県医師会事務局行き)

医療機器の貸出しに関する確認書

岐阜県医師会長 様

書類提出日 令和

年 月 日

下記の貸出規約に同意の上、ポータブル超音波画像診断装置の貸出を希望いたします。

1. 貸出を希望する医療機関情報

医療機関名	
所在地	
管理責任者	
氏 名	

2. 希望する機種と期間(原則、1回につき①②③いづれか1つを最長2週間まで貸出します。)

	品名・メーカー名・プローブ種類	希望する1つに ○を付してください	希望借用期間 (最長2週間) (記入例: ○月○日から○月○日まで利用希望)
①	超音波画像診断装置 Lumify7インチタブレット本体 1個 【プローブ: コンベックス (腹部用) 1個 + セクタ(心臓用) 1個】		
②	超音波画像診断装置 Lumify7インチタブレット本体 1個 【プローブ: コンベックス (腹部用) 1個 + リニア(血管用) 1個】		
③	超音波画像診断装置 Lumify7インチタブレット本体 1個 【プローブ: コンベックス (腹部用) 1個】		

3. 当該医療機器の保険加入 (任意) について (1、2いづれかの□に を付してください。)

<input type="checkbox"/>	1. 希望しない	当該機器の借用期間中の紛失、盗難、損傷等に係る費用は貸出先の医療機関のご負担となります。
<input type="checkbox"/>	2. 希望する	保険手続や契約内容、料金については(株)メディカル岐阜へお問い合わせ下さい。TEL 058-273-1714 ※希望する貸出日までに、保険加入手続きと保険料の入金をお願いいたします。

4. 貸出返却手数料の徴収について (ご承諾の上、□に を付してください。)

<input type="checkbox"/>	貸出返却手数料1,100円の徴収に承諾します	・貸出先の医療機関には、1回の貸出につき、1,100円をご負担いただきます。当該機器の到着時に、貸出業務委託先 フクダ電子三岐販売株式会社にお支払いをお願いいたします。
--------------------------	------------------------	---

所有者 一般社団法人 岐阜県医師会 会長 伊在井 みどり
所在地 岐阜市藪田南3丁目5-11 電話: 058-274-1111 FAX: 058-271-1651

貸出業務委託先 フクダ電子三岐販売株式会社 代表取締役 上田 厚夫
所在地 岐阜市正法寺町3番地 電話: 058-272-9611 FAX: 058-272-9618

貸出規約

- 1回の貸出期間は最長2週間とする。
- 当該機器の輸送と回収は、貸出業務委託先のフクダ電子三岐販売株式会社が行う。
- 当該機器の貸出時と回収時には外観に傷がないか、故障していないかの確認を貸出先(医療機関)と貸出業務委託先(フクダ電子三岐販売株式会社)双方で確認する。(様式2:輸送時チェック表)
- 借用期間中の紛失、盗難、損傷等に係る費用は貸出先の医療機関が負担する。
- 借用期間中の消耗品等の費用は貸出先の医療機関の負担とする。
- 貸出返却手数料(1,100円)は貸出先の医療機関の負担とし、輸送時にフクダ電子三岐販売株式会社に支払うものとする。
- 希望貸出期間が重複した場合は、先着順とする。(貸出期間は岐阜県医師会で決定後、貸出先へご連絡します。)
- 貸出期間が満了した当該医療機器は、フクダ電子三岐販売株式会社を通じて、速やかに貸出元に返却する。
- 災害発生等で、本会が当該機器を緊急に使用する場合には、貸出先医療機関は、貸出期間中であっても当該機器を速やかに返却する。

貸出・返却日の決定通知欄

貸出日

令和 年 月 日 ()



返却日

令和 年 月 日 ()

お問い合わせ先

【貸出申請について】

岐阜県医師会事務局 在宅医療サポート窓口
電話: 058-274-1111 (代表) Fax: 058-271-1651

【機器の故障や返却について】

フクダ電子 三岐販売株式会社 営業時間: 9時～17時
電話: 058-272-9611 Fax: 058-272-9618

事務局使用欄 受付日: 令和 年 月 日

フクダ電子使用欄 回収完了日: 令和 年 月 日

賠償保険の加入【 有 ・ 無 】

担当者名 (印)