

※本書類は2部必要です

# 医療機器の貸出しに関する確認書

本センター名称・所在・院長氏名を記載

貸出元  
所在地

貸出先 日本赤十字社和歌山医療センター  
所在地 〒640-8558 和歌山市小松原通四丁目20番地  
管理責任者  
氏 名 院長 平岡 真寛 印

返却確認日 年 月 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

医療機器業公正取引委員会策定の「医療機器の貸出について」を参照し、該当する目的を間違えずに「✓」する。

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. 当該医療用具の設置
2. 当該医療用具の撤去
3. 貸出期間中の保守・修理費
4. 貸出期間中の消耗品等
5. その他の費用

貸出元負担

貸出先負担

該当する箇所に「○」をつける。

●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。