# 医療機器の貸出に関する確認書

2021 年 12 月 1 日
返却確認日　　年　　月　　日

貸出元　株式会社IHI物流産業システム
所在地　岡山県岡山市東区西大寺新地170-6
TEL:086-944-6528
FAX:086-942-9030

貸出先
所在地　〒110-0003 東京都台東区根岸5-13-9
電話番号　デンタルクリニック根岸
管理責任者氏名　石和田恵理
TEL 03-3871-4885
（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 |
|---|---|---|---|---|
| IC Clave<br>代替機番号：100328 | 1 | デンタルクリニック根岸 様 | 0 | 0 |

●貸出期間中の費用負担：
1.当該医療機器の設置：
2.当該医療機器の撤去：
3.貸出期間中の保守・修理：
4.貸出期間中の消耗品：
5.その他の費用：

●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：　　ご担当者名：

・必要事項をご記入いただき、FAXにてご返信ください。確認書が到着後、弊社貸出予約受付完了となります。貸出品の在庫状況により商品の発送に時間を頂く場合がございますので、ご了承ください。
・先にFAXなどで貸出依頼、ご予約をされた場合につきましては、「医療機器の貸出に関する確認書」を、貸出機に同梱いたしますので、必要事項をご記入いただき、貸出機器の返却と一緒にご送付いただいても結構です。
・貸出機器の発送先はご要望があれば余白や別紙にて発送先をご指示頂ければ、ご対応いたします。ご要望が無い場合は、お取引店様へ発送させていただきます。