

医療機器の貸出に関する確認書

返却確認日

年	月	日
年	月	日

貸出元 株式会社IHIアグリテック
 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 〒
 管理責任者
 氏名



貸出目的

☐ デモ
☐ 研修

☐ 臨床使用
☐ 研究目的

☐ 緊急時対応
☐ 納期遅延対応

☒ 故障・修理対応
☐ その他()

品名	数量	設置場所	期間	症例数
IC Clave シリアルno.(1054)	1	岳歯科クリニック様		

●貸出期間中の費用負担:

- 1.当該医療機器の設置
- 2.撤去
- 3.保守・修理費
- 4.消耗品等
- 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。