

(様式3)

医療用具の貸出しに関する確認書

年 月 日

貸出し元 株式会社ナルコーム 貸出し先

所在地 千葉県松戸市本町11-5 5F 所在地 〒 返却確認日 年 月 日

TEL 047-364-7656

FAX 047-364-7657

管理責任者氏名

印

貸出し目的

TEL

- デモ 臨床試用(有効性・安全性・操作性の等の確認) 緊急時・災害時対応 事故・故障対応
 研修 虫歯予防

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
フロリアート / F-10型 (株)ナルコーム			日間	

● 貸出し期間中の費用負担:

貸出し元負担

貸出し先負担

- 当該医療用具の設置費用
- 当該医療用具の撤去費用
- 貸出期間中の保守・修理費費用
- 貸出期間中の消耗品費等
- 貸出期間終了後の返却にかかる費用

● 貸出し期間が満了した当該医療用具は、速やかに貸出し元に返却する。

医療用具業公正取引協議会

お取引先商店名: