

デモ貸出の流れ		備考
受付前	1. 電話等で貸出依頼 ↓	この時点では申込受付と見なされません (電話、口答での申込は一切受付けません)
	2. 貸出申込書類を弊社から代理店に送信 ↓	貸出申込書、医療機器の貸出に関する確認書、貸出規定
	3. 代理店から貸出申込書類記入後、弊社に返信 ↓	この時点で初めて正式な申込受付となります (弊社指定の貸出申込書類でのみ受付手続きできます)
受付後	受付手続き開始 ↓	
	4. 弊社にて貸出可否検討 ↓	
	5. 貸出可否を連絡 ↓	(貸出在庫不足等の理由から、ご希望日に添えない可能性があります)
	6. デモ品貸出発送 ↓	
	7. デモ品到着 ↓	デモ機到着日の翌日から貸出期間
	8. デモ貸出期間 ↓	原則1週間
	9. デモ品返却発送	デモ貸出期間最終日の翌日

① 貸出申込に関して

- 電話にての口答の受付はしておりません。
- 電話等で貸出依頼をお伺いした後、弊社よりFAXにて申込書を送付いたしますのでご記入の上、ご返送下さい。

② 貸出期間に関して

- 貸出期間は原則1週間です。
※エンドユーザー様の所に届いてから1週間です。弊社発送日、返却時弊社着までの日数は含みません。
- デモ予定の日を決め、2週間程の余裕をもって早めに貸出希望をお知らせください。
※デモ機に限りが御座いますので、当日の申込の貸出はお受け出来ません。
- 貸出期間については、公正競争規約に定められた範囲で、デモの目的・内容に応じて弊社が指定します。
- 貸出返却期間を無断で2週間以上超過した際は貸出内容分の商品代金を請求させて頂くことがあります。

③ 申込書類に関して

- 貸出申込書、医療機器の貸出に関する確認書は空白の無いよう必ずご記入して下さい。
- ご記入内容に不備がある場合又は貸出理由が不明確な場合貸出はできません。
- 貸出先の病院名や科目、医師名等に記入漏れがある場合は貸出はできません。
- 同一医師や病院、診療科からの同一機種種の2回以上の貸出要請がある場合は貸出をお受け出来ません。
- 必要と判断した場合には、弊社からドクターに直接連絡して状況を確認させて頂きます。
- 申込業者が当社に取引登録の無い場合は貸出出来ません。
- 弊社正規代理店様以外の業者様からの御依頼の際は弊社の代理店様を予め決めた上でお申し込み下さい。
※滅菌品の貸出があった際は伝票を発行いたしますので直接お取り引きを行っていない、業者様に関しては弊社が定める販売代理店様を通して伝票が発行されます。

④ 医療機器の貸出に関する確認書に関して

- 「医療機器の貸出に関する確認書」は貸出先医療施設の担当者による必要事項の記入および署名・捺印を貰い受けて下さい。
※ 貸出先の医療施設側および代理店でコピーを保管して下さい。なお、貸出返却の際にご提出頂いても大丈夫です。

⑤ 貸出本体及びアクセサリーに関して

- 貸出品は原則サンプルリスト記載のものに限ります。
- リストに無い商品でご試用を希望されるアクセサリーについてはご購入頂くことがあります。

⑥ 返却に関して

- デモ機・デモ品は貸出された時と同じ状態にして返却して下さい。
- 返却の際、アクセサリー類は必ず滅菌してから返却をお願いします。
※貸出リユース品品に関して対極板以外を滅菌処理をしてご返却ください。
- デモ機は発送する際に、破損や衝撃を避ける為、ジュラルミンケース又はペリカンケースを使用しておりますので返却の際にも、必ず同じケースに元通りに梱包して返却して下さい。

⑦ その他

- 万一、貸出機・貸出品が破損した場合や、紛失した場合はその商品代金をご請求頂くことがございます。
以上、ご理解ご協力下さいますよう宜しくお願い申し上げます。
尚、ご不明点が御座いましたらお気軽にお申し付け下さいませ。

株式会社ellman-Japan
FAX: 06-6448-2522

申込日： 年 月 日

ellman-Japan貸出申込書

※電話などの口頭による貸出申込みは無効です。この申込書でご依頼いただいた場合にのみ受付けます。

この度は、エルマン製品の試用デモ貸出にご依頼いただき、ありがとうございます。
ellman-Japan貸出規定をご一読の上、この申込書に必要事項を記入して弊社までFAXにてお申込み下さいませ。
弊社では、貸出申込書受付の手続き後に、担当より貸出可否をお知らせ致します。
尚、規定外の貸出理由、貸出日程による申込はお断りさせていただきますので、ご了承下さい。

☆貸出希望機種

希望機種： ☐ DUAL(DualEMC) , ☐ PelleveS5 ※フットスイッチ（DF-FSC）+電源コードは付属しております

☆病院欄（貸出先）

病院名：	科目：
Dr名：	E-mail：
所在地：（〒 - ）	
TEL：	FAX：

☆代理店、二次店欄

代理店名：	担当者名：
所在地：（〒 - ）	
TEL：	FAX：
二次店名：	担当者名：
所在地：（〒 - ）	
TEL：	FAX：
デモ品送付先： ☐ 代理店 ☐ 二次店 ☐ 病院 （いずれかにチェックをお願いします）	

☆貸出希望期間（デモ期間は最長一週間。デモ機到着日の翌日からデモ機返却の前日まで）

（第一希望）デモ機到着日： 月 日 ～ デモ機返却発送日： 月 日
※手術予定日： 月 日 ※滅菌予定日： 月 日
（第二希望）デモ機到着日： 月 日 ～ デモ機返却発送日： 月 日
※手術予定日： 月 日 ※滅菌予定日： 月 日

☆引き合い状況について

1. どのような手術に使用する予定ですか？
2. 現在使用されている電気メスがありますか？ ☐ ある（製品名： ） ☐ ない
3. 競合している電気メスがありますか？ ☐ ある（製品名： ） ☐ ない

☆注意点

1. 『医療機器の貸出に関する確認書』と本票の2枚をご返信ください。
2. 別紙『ellman-Japan貸出規定』に ☐ 同意する ☐ 同意しない ※チェックのないものは貸出ができません

貸出アクセサリリスト

品番	商品名	試用サンプル	品番	商品名	リユーズブル品 【要返却】
標準ケーブルディスプレイ			標準ケーブルリユーズブル		
IEC-3FHPBD	3ツボタンフィンガースイッチハンドピース (本)		IEC-3FHPB	3ツボタンフィンガースイッチハンドピース	
			IEC-JXB	バイポーラコード	
IEC-NPD	対極板(ディスプレイ)(1枚)		IEC-NPC	対極板(リユーズブル)	
標準電極(滅菌済)各1本			バイポーラフォーセップ		
A2D	針電極		J1	標準タイプ	
A8D	バリチップ電極		J3	標準タイプ	
B1D	ラウンド型ループ電極		J4	標準タイプ	
B2D	ラウンド型ループ電極		J10	標準タイプ	
C3D	ダイヤモンド型ループ電極		J11	標準タイプ	
D8D	ボール電極		J12	標準タイプ	
F1D	焼灼用電極		J7	バイオネットタイプ	
E3D	ブレード電極		J7D	バイオネットタイプ	
標準電極(滅菌済)各1本			J7U	バイオネットタイプ	
E4D	ブレード電極		J13	バイオネットタイプ	
A3D/os	針電極		J18	バイオネットタイプ	
エンパイアニードル電極(滅菌済)各1本			J20	バイオネットタイプ	
TEE301	エンパイアニードル (直)		ACBF-010	Ace-Tip 標準タイプ	
TEE305	エンパイアニードル (曲)		ACBF-011	Ace-Tip 標準タイプ	
マイクロ絶縁針			ACBF-012	Ace-Tip 標準タイプ	
H137	マイクロ絶縁用針電極(1本)		ACBF-013	Ace-Tip 標準タイプ	
			ACBF-014	Ace-Tip 標準タイプ	
			ACBF-017	Ace-Tip 標準タイプ	
			ACBF-021	Ace-Tip バイオネットタイプ	
			ACBF-022	Ace-Tip バイオネットタイプ	
			SCBI-01	バイポーラクランプ	
			SCBI-JXB	クランプ接続コード	
			IEC-BIUC	IECバイポーラ接続コネクタ	
			BS-01	バイポーラシザーズ	
			BS-JXB	シザーズ接続コード	
				ロングタイプ電極(リユーズブル)	
			TA8-4	バリチップ電極 (1本)	
			TB1-4	ラウンド型ループ電極 (1本)	
			TC3-4	ダイヤモンド型ループ電極 (1本)	
			TC7-4	三角ダイヤモンド型ループ電極 (1本)	
			TD8-4	ボール電極 (1本)	
			TF1-4	焼灼用電極 (1本)	
その他リスト掲載にないものでご希望があれば下記に記入して下さい			その他アクセサリ		
品番	商品名	数量	IEC-HP1	標準ハンドピース	
			IEC-SP020	クイックコネクタ	
			EJ01	モノポーラフォーセップ(長、直)	
			EJ02	モノポーラフォーセップ(長、曲)	
			EJ03	モノポーラフォーセップ(短、直)	
			EJ04	モノポーラフォーセップ(短、曲)	
			IEC-H136	マイクロ絶縁針用ハンドピース	
			H137	マイクロ絶縁用針電極(1本)	
			H10D	爪床用絶縁電極(ブレード型)	

※デモ品の在庫状況等により御貸出しできない場合があります。ご了承ください。

【記入例】 ※下記の「確認書」の受領は義務づけられております。

貸出期間を正確に
明記！！

医療機器の貸出しに関する確認書

返却確認日 年 月 日

貸出施設を記入後、
必ず「印」をもらってください。

貸出し先
所在地
管理責任者
氏名

印

貸出し目的

☐ デモ ☐ 臨床使用（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
①	②	③	④	⑤

(株) eilman-japan または正規代理

● 貸出し期間中の費用負担：

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

● 貸出し期間が満了した当該医療機器は、速やかに貸出し元に返却する。

① 本体の他にアクセサリ等がある場合、「～式」で構いません。
② ～本、～個、～一式 etc
③ Dr名／オペ室、外来等 etc
④ ～週間 etc
(医療機関等に医療用機器を貸し出す期間をいうのであって、移動および設置に要する日数は含まない)
⑤ ～症例 etc

この確認書は、医療機器業公正取引協議会で定めた所定の様式に基づき作成されたものです。貸出しの医療機関名、目的その他必要事項をご記入・捺印頂いた後、弊社までご返送頂くか、代理店の貸出し担当の営業の者にお渡し下さい。尚、一部コピーを医療機関様のお控えとして保管下さい。

医療機器の貸出しに関する確認書

返却確認日 年 月 日

貸出し元 (株) eilman-japan
所在地 大阪市西区京町堀 1 丁目 8-33

貸出し先
所在地
管理責任者
氏名

印

貸出し目的

- ☐ デモ
- ☐ 臨床使用 (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

● 貸出し期間中の費用負担:

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

(株) eilman-japan または正規代理店負担

貸出し先病院負担

☐

☐

☐

☐

☐

● 貸出し期間が満了した当該医療機器は、速やかに貸出し元に返却する。

医療機器公正取引協議会

株式会社 eilman-japan 〒550-0003 大阪市西区京町堀 1 丁目 8-33 TEL: 06 (6448) 2511 FAX: 06 (6448) 2522