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

年　月　日

返却確認日　年　月　日

貸出し元　（株）ellman-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：

	（株）ellman-Japan または正規代理店負担	貸出し先病院負担
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。

医療機器公正取引協議会

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