

物品借用申込書（医療機器用）

申込年月日 年 月 日

遠賀中間医師会在宅総合支援センター殿

申込者氏名

事業所名

電話番号

下記のとおり借用致します。

尚、又貸しは致しません。また、破損・紛失した場合には使用者において弁償致します。

記

品名	点滴スタンド（ <input type="checkbox"/> 携帯用 <input type="checkbox"/> グリップ付きキャスタ-4輪） <input type="checkbox"/> もの忘れ相談プログラム <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ（自然落下式） <input type="checkbox"/> PCAポンプ <input type="checkbox"/> カフ圧計 <input type="checkbox"/> ポ-ダブル吸引器 <input type="checkbox"/> 携帯用血液ガス分析器 <input type="checkbox"/> ポ-ダブル吸引器・吸入両用器 <input type="checkbox"/> カフポンプ（ <input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> キャリ-バック <input type="checkbox"/> ポ-ルクランプ <input type="checkbox"/> カバーケース）	
数量		貸出No.
使用期間	自 令和 年 月 日	
	至 令和 年 月 日	
使用目的		

※上記の太枠に記入してください。

※返却の際は汚れをきれいに落とし、物品点検確認後、ご返却下さい。

※返却時に持参していただくもの

①貸し出し物品 ②物品点検表 ③貸し出し時にお渡しした「物品借用申込書のコピー」

貸出確認者
(センター記入)

--

※返却時にご記入ください

返却日	令和 年 月 日
返却者	

返却確認者
(センター記入)

--

物品借用申込書（研修用シュミレータ）

申込年月日 年 月 日

遠賀中間医師会在宅総合支援センター殿

申込者氏名

事業所名

電話番号

下記のとおり借用致します。

尚、又貸しは致しません。また、破損・紛失した場合には使用者において弁償致します。

記

品名	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 点滴静脈
数量			貸出No.
使用期間	自	令和 年 月 日	
	至	令和 年 月 日	
使用目的			

※上記の太枠に記入してください。

※返却の際は汚れをきれいに落とし、物品点検確認後、ご返却下さい。

※返却時に持参していただくもの

①貸し出し物品 ②物品点検表 ③貸し出し時にお渡しした「物品借用申込書のコピー」

貸出確認者
(センター記入)

※返却時にご記入ください

返却日	令和 年 月 日
返却者	

返却確認者
(センター記入)

在宅総合支援センター 〒811-4342 遠賀郡遠賀町大字尾崎1725番地2

☎ 093-281-3100 fax 093-281-3101