

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・キャスター付） <input type="checkbox"/> もの忘れ相談プログラム <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入両用器 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> PCAポンプ <input type="checkbox"/> カフ圧計 <input type="checkbox"/> 携帯用血液ガス分析器 <input type="checkbox"/> カフポンプ（ <input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> キャリーバック <input type="checkbox"/> ポータルランプ <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)

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

物品借用申込書（研修用シミュレータ）

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"/> 吸引（Qちゃん） <input type="checkbox"/> 点滴静脈 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 蘇生型人体モデル <input type="checkbox"/> 万能型成人実習モデル				
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