様式第１号

機器貸出申請書

令和　　年　　月　　日

大阪府地域医療支援センター長　様

申請者

団体名

住所

氏名

機器の貸出しを受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、機器の使用及び管理にあたっては、大阪府地域医療支援センターが所有する備品等の貸出に関する要綱を遵守します。

記

１．使用目的（講習会等の名称、概要）

２．使用場所

３．種類及び数量

□ NCPR講習用機材 （　） □ 会陰切開修復トレーナー （　）

□ 腰椎穿刺・硬膜外トレーナー （　） □ DAMシミュレータ （　）

□ 超音波診断トレーニング （　） □ 胸腔・心嚢穿刺シミュレータ （　）

□ 分娩介助教育トレーナー （　）　□ 手背の静脈注射シミュレータ （　）

□ ラパトレ-Ｋ （　）　□ 練習用メリーランド鉗子 （　）

４. 貸出期間

令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

５．受渡方法

□　大阪府地域医療支援センターにて受け取り

□　送付 ⇒　送付先：

６．管理担当者

所属：

氏名：

連絡先（電話番号／メールアドレス）：

　　７．損害賠償等

　　　　機器を損傷し、又は亡失したときは、修繕又は同一の機器若しくはこれに相当する代価をもって弁償します。

上記の申請について、承認します。

令和　　年　　月　　日

大阪府地域医療支援センター長