

備 品 借 用 依 頼 書

年 月 日

福井県在宅医療サポートセンター 御中

団体名 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

下記事項を遵守し、貴センター備品の借用を申し込みます。

記

1 使用目的 _____

2 使用場所 _____

3 借用日時 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 () ____ 時 ____ 頃

4 使用日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 () から 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ()

5 返却日時 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 () ____ 時 ____ 頃

6 借用物品 (※は記入不要)

研修用備品項目	メーカー	管理ID	備品台数	貸出台数	貸出者(※)	受取者(※)
心電計 (判断支援ソフト: □希望あり □希望なし)	オムロン	1-1、1-2	2			
超音波診断装置	GEヘルスケア	2	1			
吸引・経管栄養総合モデル	高研	3-1、3-2、 3-3	3			
褥瘡モデル	高研	4-1、4-2、 4-3	3			
吸引器	新鋭工業	5-1、5-2、 5-3	3			
中心静脈栄養チューブ管理	京都科学	6-1、6-2、 6-3	3			
口腔ケアモデル	京都科学	7-1、7-2、 7-3	3			
折りたたみ診察台携帯型	京都科学	8-1、8-2、 8-3	3			
歩行グリップ(スタンド)	アトムメディカル	9-1、9-2、 9-3	3			
ジョイントマット	ナビス	10-1、10-2、10-3、10-4 10-5、10-6、10-7、10-8	8			
気管カニューレ管理モデル	高研	12-1、12-2、12-3	3			
もしバナカード	-	1~10	10			

7 遵守事項

- (1) 借用日時及び返却日時を必ず守ります。
- (2) 借用物品を破損・汚損しないよう心がけます。
- (3) 借用者の責任により物品を損傷した場合は、本人が賠償の責任を負います。
- (4) 物品を無くした場合は、借用者が賠償の責任を負います。