**先端医療技術トレーニングセンター　物品レンタル申込書**

注意事項として、ご記入前に必ずご確認下さい。

|  |
| --- |
| ・内視鏡システムの貸出可能台数は1台です。  ・貸出期間は原則1週間以内です。搬入・搬出日を含めた期間をご記入下さい。  　ご連絡なしでの遅延や返却がない場合、その後の貸与を行わないものとします。  　期間延長をご希望の際は、返却日前迄にお申し出下さい。ただし、次の予約が  　入っている場合には延長は出来かねますので予めご了承下さい。  ※内視鏡システム搬送時は、必ず医師1名の同伴が条件です。  　申込者名、同伴者名が異なる場合は必ず同伴者欄のご記入をお願いします。  　申込者と同一の場合は、担当業者欄のみご記入下さい。 |

西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　込　　者 | 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 | 内線（　　　　　　）　PHS（　　　　　　　）  E-mail： |
| ※  同伴　者  及び  担当業者 | 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 | 内線（　　　　　　）　PHS（　　　　　　　） |
| E-mail: |
| 企業名 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 | TEL（　　　） 　― |
| レンタル内容 | 物品名  該当するものに☑ | □　内視鏡システム  □　その他　（物品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用期間 | 西暦　　　年　　月　　日（　）～西暦　　　年　　月　　日（　） |
| 使用目的 |  |
|  |
| 使用場所 |  |

◎確認欄（先端医療技術トレーニングセンター記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 貸出・返却日時 | 確認者 |
| 貸　出　日 | 西暦　　　　　年　　月　　日（　） |  |
| 返　却　日 | 西暦　　　　　年　　月　　日（　） |  |