

(送信先)

一般社団法人大分市連合医師会 大分市在宅医療・介護連携支援センター
FAX 097-529-7872

在宅医療用ポータブル医療機器貸出申請書

大分市連合医師会長 殿

申請者 医療機関名

住 所

代表者氏名

電 話 番 号

担当者（受領者）氏名

電 話 番 号

次のとおり在宅医療用ポータブル医療機器の貸出しを受けたいので、在宅医療用ポータブル医療機器貸出規程を承諾の上、申し込みます。

貸 出 機 器	タブレット超音波診断装置
貸 出 日 時	年 月 日 () 時頃
返 却 日 時	年 月 日 () 時頃
貸出・返却場所	<input type="checkbox"/> 大分市医師会 <input type="checkbox"/> 大分郡市医師会 <input type="checkbox"/> 大分東医師会 ※ いずれかにチェック☑を入れる。

※必ず、事前に空き状況をお問い合わせの上、送信してください。

(お問い合わせ先)

一般社団法人 大分市連合医師会

大分市在宅医療・介護連携支援センター (TEL 097-529-7851)