

平成 年 月 日

秋田大学医学部附属病院  
総合臨床教育研修センター長  
あきた医師総合支援センター長

殿

## 利用願

所 属

職 名

氏 名

印

連絡先 (携帯)

(E-mail)

利用期間	平成 年 月 日 ( ) : ~ :
利用機器	▼利用機器に <input checked="" type="checkbox"/> チェックと利用台数を記入してください。
	( 台) 超音波診断ファントム ABDFAN
	( 台) 超音波診断ファントム FAST/ER FAN
	( 台) 超音波診断ファントム ECHOZY
	( 台) 超音波画像診断装置 Nemio XG
	( 台) 汎用超音波画像診断装置NanoMaxx
( 台) iPad	

▼団体利用の場合は下記もご記入ください。

セミナー名	
参加予定人数	名
(内 訳)	■ 医師 名      ■ 看護師 名 ■ 学生 名      ■ ほか ( ) 名
備考欄	

### 【貸出条件】

(禁止事項)

当該シミュレータ機器及び関連機器、貸出機器を、別の個人または団体に貸与すること。

(免責)

当該シミュレータ機器及び関連機器、貸出機器の使用あるいは使用不能から生ずる一切の損害に関して、いかなる場合も責任を負わないこと。

(紛失、盗難、故障時の実費負担)

貸出期間中に破損、紛失した場合は、貸出を願い出た者が、あきた医師総合支援センターに弁償すること。

(点検)

当該シミュレータ機器及び関連機器、貸出機器の利用終了段階で、必ず正しく動作するか、破損や紛失したのがないか、確認を行うこと。

(運搬)

当該シミュレータ及び関連機器、貸出機器の運搬は、貸出を願い出た者のもで行うこと。