

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) 超音波画像診断装置 ARIETTA60
	() 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 (内 訳)	名 ■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。

(返却期限)

iPadは、原則当日中に返却すること。但し、当日の返却が困難な場合、翌日(休日祝日の場合はその翌日)までに返却することとする。

(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、総合臨床教育研修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、貸出しを願い出た者のもで行うこと。