

在宅医療機器貸出申請書

令和 年 月 日

鳥取県中部医師会長 様

医療機関名
申請者 代表者氏名
電話番号

印

次のとおり在宅医療機器の貸出しを受けたいので、「中部医師会在宅医療機器貸出」規定により申請します。

貸出を受けたい 医療工具	携帯型超音波画像診断装置
貸出希望期間 (3日以内)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
受領者名	
その他	

お問合せ 鳥取県中部医師会 【FAX】(0858)23-1323