

在宅歯科医療機器 ポータキューブ 貸出し願い

申込先 にいぼり歯科 FAX 53-0737 / 問い合わせ TEL 53-8510

申込み年月日 年 月 日 / 医療機関名

訪問診療予定日 年 月 日
機器受取り希望日時 年 月 日 午前・午後 時 頃
返却予定日時 年 月 日 午前・午後 時 頃

| 貸出し機器 | 希望機器に○印 |
|----------------------|---------|
| ユニット ポータキューブ | |
| マイクロモーター ストレートハンドピース | |
| 等速ハンドピース | |
| 5倍速ハンドピース | |
| 超音波スケーラー | |
| 3ウェイシリンジ | |
| バキュームチップ | |

貸出日時： 月 日 時

注意事項：

- ① 取扱説明書を熟読してご使用下さい。
- ② 貸出しは基本的に訪問診療日の前日から翌日までです。
長期間の貸出しはご遠慮ください。
- ③ 不良箇所があった場合はすぐにご連絡下さい。

返却：

- ① 使用後は必ず取扱説明書に従って片付けをお願いします。
- ② 使用した機器は、洗浄後パッキングして滅菌を完了してご返却下さい。

異常等の報告：

[]

返却日時： 月 日 時

確認印

[]