様式第1号(第4条関係)

　　年　　月　　日

彦根市長　　様

申請者

住　所　〒

氏　名

電話番号

医療機器貸与申請書

次のとおり、医療機器の貸与を申請します。

なお、貸与の可否を決定するに当たり、医療機関等に必要な事項について問い合わせることに同意します

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 申請理由疾病名等 |  |
| 貸与医療機器 | □吸入器(ネブライザー)　　□喀痰吸引器　□携帯型超音波画像診断装置（　□カラー　／　□白黒　） |
| 貸与期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関主治医 | □　上記の医療機器の使用について、主治医の同意を得ています。医療機関名　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備考 |  |

【＊事務局確認欄】

□医療機関への通知　　□返却日（　　　　年　　　月　　　　日）　　□消毒・点検

□代行申請者:

氏名　　　　 　　　所属　　 　　　　　　　　連絡先（　　　　　　　　　　）