|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **T-HOC　携帯型超音波診断装置　貸出申込書**  　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | | 貸出施設・部署：  所　在　地：  氏　　　名：  連　絡　先：（　　　　　　　）　　　　- |
| 貸出日 | 令和　　　年　　 　月　　　日（　　　　） | |
| 返却日 | 令和　　　年　　 　月　　　日（　　　　） | |
| 貸出し機器 | VSCAN DUAL 　　　　　No.１　　　　　No.２ | |
| 使 用 日 | 令和　　年　　月　　日( ) ～ 令和　　年　　月　　日( ) | |
| 講習会名等 |  | |
| 使用目的： |  | |
| ※本機器は、THOC-POCUSセミナー等の「在宅医療推進のための看護師育成支援事業」の一環としてご使用頂くようお願いしております。上記講習会等のプログラムにはその旨の記載を頂きたいと思います。なお、原則として貸出期間は２週間です。  詳細等につきましては下記の在宅医療推進支援室（T-HOC）までご連絡をお願いします。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **返却前に確認お願いします** | ・正常に動作すること。  ・部品がきちんとそろっていること。  ・プローブの外観に異常がないこと。  ・使用後はゼリーなどの汚れをきれいにふき取ること。  ・ケーブル等に損傷や摩耗がないこと。 |
| 【連絡先】 | 鳥取大学医学部附属病院　在宅医療推進支援室(T-HOC)　 　TEL0859-38-6994  鳥取大学医学部保健学科　検査技術科学専攻　加藤雅彦　　TEL0859-38-6381 |

※台数が限られるため、状況によって貸出しが難しい場合もございます。あらかじめご了承ください。