

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。