

立会い実施確認書

■ 医療機関等記入欄

1. 対象医療機器名：	2. 手技名：
3. 立会い目的（下記の該当する立会いについて、□内にチェックをお願いいたします。）	
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 新規納入時の立会い <input type="checkbox"/> 製品のバージョンアップ時の立会い <input type="checkbox"/> 試用のための貸出製品の立会い <input type="checkbox"/> 医療担当者の人事異動に伴う立会い <input type="checkbox"/> 新規納入時の立会い終了後、合算で最長 12 か月間以内の保証期間内での立会い <input type="checkbox"/> 在宅医療のための立会い </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 故障修理後の作動確認等のための立会い <input type="checkbox"/> 保守点検後の作動確認等のための立会い <input type="checkbox"/> 緊急時対応のための立会い <input type="checkbox"/> 災害時対応のための立会い </div> </div>	
4. 回数及び予定期間： 回 ， 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	
5. 事業者が立会いを行うことの患者へのインフォームドコンセントの実施： <input type="checkbox"/> 確認済	
平成 年 月 日 医療機関名： _____ 診療科名： _____ 住 所： _____ 管理責任者名： _____（記名捺印又は署名）	

■ 事業者記入欄

1. 院内規則の遵守	<input type="checkbox"/> 弊社及び弊社担当者は、貴院の院内規則を遵守いたします。
2. 立会い実施日、実施時間、実施担当者の記録	
・ 実施日： 年 月 日	実施時間： ～ 担当者名： _____
・ 実施日： 年 月 日	実施時間： ～ 担当者名： _____
・ 実施日： 年 月 日	実施時間： ～ 担当者名： _____
・ 実施日： 年 月 日	実施時間： ～ 担当者名： _____
実施事業者名： _____	

立会い終了時の担当医師による記名捺印又は署名：