

立会い実施確認書

■ 医療機関記入欄

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。)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 新規納入時 (4回/4ヶ月) | <input type="checkbox"/> 故障修理後の作動確認等 (1回) |
| <input type="checkbox"/> 製品のバージョンアップ (4回/4ヶ月) | <input type="checkbox"/> 保守点検後の作動確認等 (1回) |
| <input type="checkbox"/> 試用のための貸出製品 (4回/4ヶ月) | <input type="checkbox"/> 緊急時対応のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 医療担当者の交代 (4回/4ヶ月) | <input type="checkbox"/> 災害時対応のための立会い |
| <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 | |

4. 回数及び予定期間 : _____ 回 , 20____年____月____日から 20____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 : 確認済

20____年____月____日

医療機関名 : 東京医科大学茨城医療センター _____

診療科名 : _____

住 所 : 300-0395 茨城県稲敷郡阿見町中央 3-20-1

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 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 : 20____年____月____日 | 実施時間 : _____ ~ _____ | 担当者名 : _____ |
| ・実施日 : 20____年____月____日 | 実施時間 : _____ ~ _____ | 担当者名 : _____ |
| ・実施日 : 20____年____月____日 | 実施時間 : _____ ~ _____ | 担当者名 : _____ |
| ・実施日 : 20____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 :