

通信端末借用申込書

込年月日 平成 年 月 日

借用者	法人	個人
-----	----	----

使用者(管理責任者)情報

氏名	
住所	〒
電話番号	
所属法人施設	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
施設住所	
電話番号	

登録患者情報

患者氏名	
主治医	
登録年月日	平成 年 月 日

端末情報

識別番号	吉野川市医師会-()
製造番号	
SIM番号	
付属品	<input type="checkbox"/> カバーケース <input type="checkbox"/> 充電器 <input type="checkbox"/> その他()

貸与確認

貸与年月日	平成 年 月 日
貸借契約書	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未
確認者氏名	

借用確認	
------	--

返却

返却日	平成 年 月 日
返却理由	<input type="checkbox"/> 登録患者不在 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他()
欠品等	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()
受取者氏名	