様式第１号（第５条関係）

三宅町医療機器貸与申請書

年　　　月　　　日

三宅町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　奈良県磯城郡三宅町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

三宅町医療機器貸与事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり医療機器貸与の申請をします。なお、申請に当たっては保健所・医療機関に状況の確認をすることに同意します。

１　対象者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 申 請 者  との関係 |  |
| 住　　　所 | 三宅町 | 電話番号 |  |

２　医療機器の貸与期間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機器名 | 貸与申請期間 | 貸与日数 |
| 血中酸素飽和濃度計  （パルスオキシメーター） | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | 日 |

　※　貸与期間は原則２週間とする。