（ 様式４ ）

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。）

□ 新規納入時の立会い
□ 故障修理後の作動確認等のための立会い
□ 製品のバージョンアップ時の立会い
□ 緊急時対応のための立会い
□ 保守点検業務契約に基づく動作確認等のための立会い
□ 試用のための貸出しの際の立会い
□ 災害時対応のための立会い
□ 医療担当者の人事異動に伴う立会い
□ 在宅医療のための立会い
□ 臨床試用医療機器の提供の際の立会い
□ 新規納入時の立会い終了後の保証期間内（最長１２か月）での安全使用の確認のための立会い

４．回数及び予定期間：　　回，　　年　月　日から　　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

年　月　日

医療機関名：　東京医科大学八王子医療センター

診療科名：

住　所：　東京都八王子市館町１１６３

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：　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：

医療機器業公正取引協議会