

都道府県医師会 担当理事 殿

公益社団法人日本医師会  
常任理事 釜范 敏  
細川 秀一  
(公印省略)

### 感染対策研修用備品貸出のご案内

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、日本医師会では JMAT 研修及び診療所における新興感染症対策研修（以下、併せて「感染対策研修」とする）を実施するにあたり以下備品を購入いたしました。

貴会又は管下郡市区医師会が行う、感染対策研修において、必要な場合には無料で貸出を行いますので、別紙申請書に必要事項をご記入のうえ、お申込下さい。

なお、貸出は原則として先着順とさせていただきます。

#### 記

対象	都道府県医師会
貸出備品	・スタンド型 手洗いチェッカーBLB（蛍光剤付き）2 台 ・マネキン（鼻腔・咽頭拭い液採取モデル MW45）3 台
貸出期間	1 週間以内を目途とする
利用料	無料
申込方法	別紙申請書を日本医師会地域医療課宛に送り下さい。 管下郡市区医師会が使用する場合も、都道府県医師会より申請をお願い致します。
申請書提出先	日本医師会 地域医療課（担当：JMAT 研修：塚本、診療所における新興感染症対策研修：恩田） メール：chiiki_1@po.med.or.jp F A X：03-3946-2140
郵送先	原則、研修開催主体の都道府県医師会、郡市区医師会宛の郵送になります。 返却の際、送料のご負担をお願いします。

申請日 年 月 日

日本医師会 御中

\_\_\_\_\_  
医師会

(担当者名: \_\_\_\_\_)

## 感染対策研修用備品借用申請書

下記のとおり、備品を借用いたしたく申請いたします。

また、下記の条項について、遵守いたします。

## 記

事務局担当者名 ※右上の担当者名と異なる場合にご記入下さい。	
借用希望品	手洗いチェッカー 個 検体採取マネキン 個
開催主体	_____医師会
研修種別	1、JMAT 研修 2、診療所における新興感染症対策研修
郵送先	・ _____医師会館(受取者氏名: _____) ・ その他(住所、施設名、受取者氏名を記載ください) _____ _____ _____
借用期間(原則1週間)	年 月 日 ~ 月 日
返却予定日(発送日)	年 月 日
備考	

## 【条項】

- 返送時の送料は、本会が負担いたします。
- 返送際には、借用前と同じ状態に戻して返却いたします。
- 明らかな不注意による破損や紛失等で現品を返却が不能となった場合は、同種・同等機能の該当備品を返却いたします。