

(株)NEXUS-Arc貸出規定

2026年04月1日改定

貸出の流れ		備考
受付前	1. 電話等で貸出依頼 ↓	この時点では申込受付と見なされません (電話、口答での申込は一切受けません)
	2. 貸出申込書類を弊社から代理店に送信 ↓	貸出申込書、医療機器の貸出に関する確認書、貸出規定
	3. 代理店から貸出申込書類記入後、弊社に返信 ↓	この時点で初めて正式な申込受付となります (弊社指定の貸出申込書類でのみ受付手続きできます)
受付後	受付手続き開始 ↓	
	4. 弊社にて貸出可否検討 ↓	
	5. 貸出可否を連絡 ↓	(貸出在庫不足等の理由から、ご希望日に添えない可能性があります)
	6. 貸出品発送 ↓	
	7. 貸出品到着 ↓	貸出機到着日の翌日から貸出期間
	8. 貸出期間 ↓	原則1週間
	9. 貸出品返却発送	貸出期間最終日の翌日

①貸出申込に関して

- 電話にて口頭の受付はしておりません。
- 電話等での貸出依頼をお伺いした後、FAXまたはメールにて申込書を送付いたしますので、ご記入の上ご返送ください。

②貸出期間に関して

- 貸出期間は原則1週間程度と定めております。
- 試用予定の日を決め、2週間ほどの余裕をもって早めに貸出希望をお知らせください。
※貸出機に限りがございますので、当日の申込による貸出はお受けできません。
- 貸出期間につきましては、公正競争規約に定められた範囲で、貸出の目的・内容に応じて弊社が指定いたします。

③申込書類に関して

- 貸出申込書、医療機器の貸出に関する確認書は空白の無いよう必ずご記入ください。
- 「医療機器の貸出に関する確認書」は貸出先医療施設の担当者による記入及び署名・捺印を貰い受けてください。
- ご記入内容に不備がある場合または貸出理由が不明瞭な場合は貸出ができません。
- 貸出先の病院名や科目、医師名等に記入漏れがある場合は貸出ができません。
- 同一医師や病院、診療科からの同一機種種の2回以上の貸出要請がある場合は貸出をお受けできません。
- 弊社正規代理店様以外の業者様からのご依頼の際は、弊社正規代理店様を予め決めた上でお申込みください。

④返却に関して

- 貸出機・貸出品は貸出された時と同じ状態にして返却してください。
- 返却の際、貸出リユーズブル品に関しては対極板以外を滅菌処理してご返却ください。
- 返却の際は必ず元通り梱包して返却してください。

⑤破損・紛失に関して

万一、貸出機・貸出品が破損した場合や、紛失した場合はその商品代金をご請求させていただく場合がございます。

⑥貸出後のフィードバックについて（任意）

貸出終了後、今後の参考として使用感などをお尋ねする場合がございます。
ご協力は任意ではございますが、可能な範囲でご回答をお願いいたします。

以上、ご理解ご協力くださいますよう宜しくお願い申し上げます。
尚、ご不明点がございましたらお気軽にお申し付けくださいませ。

株式会社NEXUS-Arc

FAX : 06-6448-2522

Mail : hello@nexus-arc.co.jp

申込日： 年 月 日

サージネクス 貸出申込書

※電話などの口頭による貸出申込は無効です。この申込書でご依頼いただいた場合にのみ受け付けます。

この度は、サージネクス貸出のご依頼をいただきありがとうございます。

この申込書に必要な事項を記入してFAXかメールにてお申し込みください。

弊社では、貸出申込書受付の手続き後、担当より貸出可否をお知らせ致します。

なお、弊社規定外の貸出理由、貸出日程による申込はお断りさせていただく場合がございますので、ご了承ください。

◇ 病院名（貸出先）

病院名：	科目：	Dr名：
所在地：（〒 - ）		
TEL：	FAX：	

◇ 代理店、二次店欄 ※スムーズなやり取りの為メールアドレスは必ずご記入ください。

代理店名：	営業所：	担当者：
所在地：（〒 - ）		
TEL/FAX：	Mail：	
二次店名：	営業所：	担当者：
所在地：（〒 - ）		
TEL/FAX：	Mail：	
デモ品送付先： <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 二次店 <input type="checkbox"/> 病院 （いずれかにチェックをお願いします）		

◇ 貸出希望期間（期間は最長一週間。到着日の翌日からデモ機返却の前日まで）

（第一希望） デモ機到着日： 月 日 ~ デモ機返却発送日： 月 日
※手術予定日： 月 日 ※滅菌予定日： 月 日
（第二希望） デモ機到着日： 月 日 ~ デモ機返却発送日： 月 日
※手術予定日： 月 日 ※滅菌予定日： 月 日

◇ 引合状況について

1.どのような手術に使用する予定ですか？
2.現在使用されている電気メスはありますか？ <input type="checkbox"/> ある（製品名： ） <input type="checkbox"/> ない
3.競合している電気メスはありますか？ <input type="checkbox"/> ある（製品名： ） <input type="checkbox"/> ない

◇ その他備考欄

--

※ 『医療機器の貸出に関する確認書』と本票の2枚をご返信ください。



〒550-0003 大阪府大阪市西区京町堀1-8-33-5F

Tel : 06-6448-2511 Fax : 06-6448-2522 WEB : nexus-arc.co.jp

医療機器の貸出しに関する確認書

貸出元 (株)NEXUS-Arc
所在地 大阪市西区京町堀1丁目8-33

貸出先
所在地
管理責任者
氏 名

返却確認日

年 月 日
年 月 日

貸出目的

- デモ 臨床試用(有効性・安全性、操作性等の確認) 緊急時・災害時対応 事故・故障対応
研修 研究目的・公益的研究活動 納期遅延対応 その他

印

品名・メーカー名・規格型式	数 量	使用者名／設置場所	期 間	症 例 数

●貸出期間中の費用負担:

(株)NEXUS-Arc または正規代理店負担

貸出先病院負担

1. 当該医療用具の設置 ○
2. 当該医療用具の撤去 ○
3. 貸出期間中の保守・修理費 ○
4. 貸出期間中の消耗品等 ○
5. その他の費用 ○

●貸出期間が満了した当該医療機器は、速やかに貸出元に返却する。