



## 医療用超音波検査機器を使って自宅でお腹の赤ちゃんの成長を観察しませんか？

- ・機器は自宅に配送・集荷できます
- ・妊婦さんが赤ちゃんを観察することが目的であり、診断などの医療目的ではありません。



独立行政法人  
中小企業基盤  
整備機構の  
ものづくり補助金の  
採択事業

右面指示書の「レンタルされる方の氏名」に氏名を記載

医師が機器使用を許可し指示者欄へ指示日と施設情報を記載

QRコード又はURLより、必要事項入力と右面指示書画像の送信

弊社から届いたメールに記載の予約サイトにて貸出日を決定

使用開始の希望日に指定の時間帯・場所に機器が配送

集荷希望日に指定の時間帯・場所で機器を集荷（※この用紙同封）

### お問い合わせ

URL <https://k-c-s-fel.net/>

Mail [fel@k-c-s.net](mailto:fel@k-c-s.net)

社名 株式会社 関西超音波サービス

### お申し込み



<https://k-c-s-fel.net/index.php/entry/>

## 超音波検査機器貸出指示書

指示者（以下「甲」という）は受令者（以下「乙」という）に、  
（レンタルされる方の氏名） \_\_\_\_\_ 様

（以下「丙」という）が使用する超音波検査機器の貸出を指示する。

### 【内容】

甲は、丙の超音波検査機器の使用を許可し、乙に丙への超音波検査機器および必要備品の貸出を指示する。

### 【目的】

丙は、自身で超音波検査機器にて胎児の成長を確認することを目的とし、診察は目的としない。

### 【料金】

甲および乙に対し本件業務にかかる費用は発生しない。

### 【秘密保持】

乙は、本件業務において覚知した情報について、第三者に漏洩してはならない。

### 【知的財産所有権】

撮影した写真、画像、文章等の知的所有権は丙に帰属する。

20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

【指示者（甲）】 （ゴム印可）

施設名：

住 所：

医師名：

【受令者（乙）】

施設名： 株式会社 関西超音波サービス

住 所： 大阪府堺市北区北花田町2-235-8