

高圧ガス容器貸借契約書

本契約書は高圧ガスの販売に伴って生ずる高圧ガスの容器の貸借と、その管理に関して、本文書下段に定める甲と乙の間に於いて、次の通り契約を締結する。

- 第1条 甲は、高圧ガスの消費に必要な乙の所有する高圧ガス容器（以下容器という）を乙より1ヶ月間借り受ける。乙の定める条件を満たした場合は3ヶ月間に延長することができる。
- 第2条 甲は、乙より借り受けた容器に対して保証金 金 無償 円を乙に預託する。
- 第3条 甲は、乙より借り受けた容器に関し、善良な管理者の立場をもって、高圧ガス保安法および労働安全衛生法等の規定に従い責任を持って管理をし、使用上の一切の責任は甲が負うものとする。
- 第4条 容器再検査費用および公租公課については乙の負担とする。
- 第5条 甲は、乙より借り受けた容器について、その高圧ガス消費終了後は速やかに乙に返還する。
- 第6条 甲は、乙より借り受けた容器について、故意、過失の如何にかかわらず、紛失、損傷、その他使用に耐えざる状態、又は返還することが不可能な状態が生じた時は、甲はただちに乙に連絡して、別途定める弁償金を支払うものとする。容器に付属するキャップ、バルブ、スピンドル、調整器等の紛失、破損した時もその相当金額を弁償支払いする。
- 第7条 甲は、乙より容器を借り受けてから 1年 経過した容器については、残量の有無にかかわらず安全確保のためこれを乙に返還する。
- 第8条 甲の申し出により、乙の合意があれば容器の貸与期間を1ヶ月延長することができる。延長料金は、高圧ガス容器1本あたり 月額 税別 500 円とする。貸与期間の延長は繰り返すことができるが、第7条で規定した期間を過ぎた場合は第7条を優先する。
- 第9条 本契約は締結の日から発効し、その有効期間は3ヵ年とする。内容に変更のある場合は期限2ヶ月前に申し出 甲乙協議する。変更の申し出のない場合は、さらに1ヵ年延長し、その後も同様とする。
- 第10条 本契約に定めのない事項については甲、乙、誠意をもって円満な解決を図ることとする。

以上本契約締結の証として本書2通を作成し、記名捺印の上、各1通を保有するものとする。

年 月 日

甲（借主） 住 所 _____
名 称 _____
電 話 _____
代表者 _____ (印)

乙（貸主） 住 所 埼玉県越谷市大澤1598-14 （登記上本社）
名 称 株式会社 大東医療ガス
電 話 048-940-9718
代表者 代表取締役 野澤 真一 (印)

* 本契約書の送付先: 本社ではなく平方事務所へお願いいたします。

大東医療ガス 契約係 〒343-0002 埼玉県越谷市平方 598-1

高圧ガス容器賃貸借契約書

本契約書は高圧ガスの販売に伴って生ずる高圧ガスの容器の貸借と、その管理に関して、本文書下段に定める甲と乙の間に於いて、次の通り契約を締結する。

- 第1条 甲は、高圧ガスの消費に必要な乙の所有する高圧ガス容器（以下容器という）を乙より1ヶ月間借り受ける。乙の定める条件を満たした場合は3ヶ月間に延長することができる。
- 第2条 甲は、乙より借り受けた容器に対して保証金 金 無償 円を乙に預託する。
- 第3条 甲は、乙より借り受けた容器に関し、善良な管理者の立場をもって、高圧ガス保安法および労働安全衛生法等の規定に従い責任を持って管理をし、使用上の一切の責任は甲が負うものとする。
- 第4条 容器再検査費用および公租公課については乙の負担とする。
- 第5条 甲は、乙より借り受けた容器について、その高圧ガス消費終了後は速やかに乙に返還する。
- 第6条 甲は、乙より借り受けた容器について、故意、過失の如何にかかわらず、紛失、損傷、その他使用に耐えざる状態、又は返還することが不可能な状態が生じた時は、甲はただちに乙に連絡して、別途定める弁償金を支払うものとする。容器に付属するキャップ、バルブ、スピンドル、調整器等の紛失、破損した時もその相当金額を弁償支払いする。
- 第7条 甲は、乙より容器を借り受けてから 1年 経過した容器については、残量の有無にかかわらず安全確保のためこれを乙に返還する。
- 第8条 甲の申し出により、乙の合意があれば容器の貸与期間を1ヶ月延長することができる。延長料金は、高圧ガス容器1本あたり 月額 税別 500 円とする。貸与期間の延長は繰り返すことができるが、第7条で規定した期間を過ぎた場合は第7条を優先する。
- 第9条 本契約は締結の日から発効し、その有効期間は3ヵ年とする。内容に変更のある場合は期限2ヶ月前に申し出 甲乙協議する。変更の申し出のない場合は、さらに1ヵ年延長し、その後も同様とする。
- 第10条 本契約に定めのない事項については甲、乙、誠意をもって円満な解決を図ることとする。

以上本契約締結の証として本書2通を作成し、記名捺印の上、各1通を保有するものとする。

年 月 日

甲（借主） 住 所 _____
名 称 _____
電 話 _____
代表者 _____ (印)

乙（貸主） 住 所 埼玉県越谷市大澤1598-14 （登記上本社）
名 称 株式会社 大東医療ガス
電 話 048-940-9718
代表者 代表取締役 野澤 真一 (印)

大東医療ガスへの問い合わせフォーム

下記のフォームは、FAX またはメールにて事前にお問い合わせされていない方向けのものです。
事前に問い合わせ済みの方は下記の記入・提出は不要です。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お客様のお名前 (法人の場合は会社名とご担当者名)	必須
電話番号 (携帯電話可)	必須
FAX 番号	
郵便番号 住所	必須 〒
Eメールアドレス	

購入したい高圧ガスの種類・サイズ・数量についてお書きください。