

○ 装 具

装具名 及び 種別	型 式	数 量	金 額	摘 要
			円	

装 具 納 品 書

年 月 日

(患者)

様

 納入者
 住 所
 氏 名

上記装具を納品しました。

装 具 受 領 書

年 月 日

(納入者)

様

 患者
 住 所
 氏 名

上記装具を受領しました。

装 具 着 装 証 明 書

年 月 日

大 阪 市 長 様

 結核指定医療機関
 所 在 地
 名 称
 担当医師

上記装具を指示のとおり、装着していることを証明します。