

○ 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

印

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

印

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

印

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。