

人工呼吸器・酸素濃縮器使用証明書

助成対象者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
人工呼吸器の種類	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他（ ）			
酸素濃縮器の種類	<input type="checkbox"/> 吸着型 <input type="checkbox"/> 模型 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
メーカ一名				
機種・型式				
使用開始年月日	年 月 日			

上記記載事項に相違ないことを証明します。

年 月 日

住 所

会 社 名

電話番号

担当者名