

酸素濃縮器使用証明書

使用者	住所	福岡市 区			
	氏名		生年月日	T・S・H・R	年 月 日

※申請者が上記の使用者欄に記載の上、レンタル事業者へ証明欄の記載を依頼してください。

上記の使用者について、酸素濃縮器の使用を証明します。

かかりつけ医療機関名	
酸素濃縮器の種類	<input type="checkbox"/> 吸着型 <input type="checkbox"/> 膜型 <input type="checkbox"/> その他()
メーカー名	
機種・型式	
使用開始年月日	S・H・R 年 月 日
前年における使用状況 (使用証明期間)	R 年 月 日 ～ 月 日 ※使用証明期間末日を証明日とすることに同意します。
事業者情報	所在地: 会社名: 電話(事業所): 担当者: 担当者電話:

※証明書について、業務担当者よりお問い合わせさせていただくことがありますので、
ご担当者の連絡先の記載をお願いいたします。