

## 除却医療機器等の引取証明書

事業所名

倉敷医療生活協同組合

殿

下記についての引取を証明します。

■引取年月日      年      月      日

■除却医療機器名等

品名	メーカー	型式・型番	台数

■引き取り費用計算書

内訳	金額
引取費用合計	

年      月      日

会社名

(印)

住所

電話番号

担当者(

(印) )