

## 在宅酸素療法機器使用証明書

使用者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
種類				
メーカー名				
品名・形式				
使用開始年月日		年 月 日		
吸入量・吸入時間		ℓ / 分 ・ 時間 / 日		

上記記載事項に相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

会社名

Ⓜ

担当者名

(注) この書類は、現在酸素提供を受けている業者により記載してもらうこと。