様式第２号

機器受領書

令和　　年　　月　　日

大阪府地域医療支援センター長　様

借受者

団体名

住所

氏名

大阪府地域医療支援センターが所有する機器について、下記のとおり受領しました。

記

１．種類及び数量

□ NCPR講習用機材 （　） □ 会陰切開修復トレーナー （　）

□ 腰椎穿刺・硬膜外トレーナー （　） □ DAMシミュレータ （　）

□ 超音波診断トレーニング （　） □ 胸腔・心嚢穿刺シミュレータ （　）

□ 分娩介助教育トレーナー （　）　□ 手背の静脈注射シミュレータ （　）

□ ラパトレ-Ｋ （　）　□ 練習用メリーランド鉗子 （　）

２．受領日

令和　　年　　月　　日

３．担当者名

所属：

氏名：

注）機器の引渡しを受けたときは、すみやかに本受領書を提出してください。