

電源を要する医療機器を日常的に使用している証明書

対 象 児 童 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
障 が い 名 又 は 疾 病 名	
使 用 し て い る 医 療 機 器 (該 当 欄 に ☒)	☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 電動式吸入器 ☐ 電動式痰吸引機 ☐ その他 ()
(宛先) 五島市長 上記の者は、生命を維持するために日常的に電源を要する医療機器を使用していることを証明する。 年 月 日 病院又は訪問看護事業所 所在地 _____ 病院 (事業所) 名称 _____ 医師 (事業所代表者) 名 _____	