

認定シール購入申請書

一般社団法人 シルバーサービス振興会理事長 殿

福祉用具消毒工程管理認定制度の認定を受けた工程管理体制の下で消毒された福祉用具に、認定シールを貼付するので下記の認定シールを購入いたしたく申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請者	住所	〒 -		
	法人名			
	代表者	印		
	TEL		FAX	
申請者窓口	住所	〒 -		
	担当部署			
	氏名			
	TEL		FAX	

○申請する認定シール枚数（梱包開封口用）

購入申請事業所名	対象福祉用具	申請枚数
<住所>〒 <事業所名> <TEL> - -	・特殊寝台(フレーム) ・特殊寝台付属品 ・マットレス ・車いす ・車いす付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換機 ・手すり ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ ・移動用リフト・入浴用リフト・認知症高齢者徘徊感知機器 ・段差解消機・立ちあがり座椅子 ・スライディングボード ・自動排泄処理装置 ・その他()	枚
<住所>〒 <事業所名> <TEL> - -	・特殊寝台(フレーム) ・特殊寝台付属品 ・マットレス ・車いす ・車いす付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換機 ・手すり ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ ・移動用リフト・入浴用リフト・認知症高齢者徘徊感知機器 ・段差解消機・立ちあがり座椅子 ・スライディングボード ・自動排泄処理装置 ・その他()	枚

※ 該当するものに○を付してください。

※ シールの購入申請枚数は、1000枚単位でお願いいたします。