

第2号様式（第3条関係）

在宅人工呼吸器等使用証明書  
 （和泊町在宅人工呼吸器等使用者充電カード交付事業用）

フリガナ		性別	生年月日
交付対象者 氏名		男・女	年 月 日

人工呼吸器等 使用の有無	1. あり（ 年 月から） 2. なし
使用している 機器	1. 人工呼吸器 2. 気管切開により日常的に使用する生命維持のため の医療機器（人工呼吸器以外） (機器の名称： )
在宅での施行	1. あり 2. なし
備 考	

上記のとおり証明します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関所在地	診療科	
	医師名	