

納入実績等証明書

令和 年 月 日

愛媛県立子ども療育センター所長 様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

㊞

弊社のギプス台、チューブ乾燥器その他の医療機器の納入実績等について、下記のとおり相違ありません。

記

年度	品名	納入先	納入数量	金額 (単位千円)

(注) 過去3年以内の官公庁、法人企業等への年間納入実績を記入する。