

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

㊞

弊社の経皮ペースティング機能付き除細動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。