

確 認 書

被保険者氏名 _____

改 修 内 容 _____ スロープ ・ 式台 ・ 踏み台 取り付け

_____ その他 (_____)

設 置 箇 所 _____

上記については、適正に施行され、固定されていることを確認しました。

令和 年 月 日

事業所名

担当ケアマネージャー

印