

(様式2)

登録 No. _____

譲り受け希望者用 求めます	受付年月日 平成 年 月 日
<p>1 ベッド 手動 電動 (ハイロー・背上げ・足上げ) その他 ()</p> <p>2 ベッド関連用品 マットレス サイドレール 移動 (介助) バー オーバーヘッドテーブル その他 ()</p> <p>3 褥瘡予防用具 低反発マットレス エアマットレス ムートン その他 ()</p> <p>4 移動関連用具 スロープ (タイプ:) 車いす (自走・介助・リクライニング・その他機能) 歩行器 シルバーカー T字型杖 多点杖 ロフトランド杖 リフト その他 ()</p> <p>5 排泄関連用品 据置式便座 ポータブルトイレ (家具調・樹脂製・その他機能) その他 ()</p> <p>6 入浴関連用具 シャワーチェア (背あり・背なし) シャワーキャリー バスグリップ バスボード 浴槽内いす (吸盤式・脚式) すべりどめマット その他 ()</p>	
<p>機器の程度 汚れ (有・無) きず (有・無) その他 ()</p>	
<p>譲り受け希望者 住所 氏名 電話 -</p>	