

貴社
御担当者様

受領確認 年 月 日

資料一覧

返却 要 ・ 不要

患者名		
画像	CD-R	枚
	フィルム	枚
	紙	枚
カルテ	(病院)	枚
	(病院)	枚
その他書類 (書類名)	()	枚
	()	枚
	()	枚

※返却不要の場合は、終了後責任を持って破棄致します。