

様式 2

医療機器及び医療材料等の試用結果報告書

提出年月日 年 月 日

公立館林厚生病院 物品管理委員長 殿

申請者	
会社名	
住所	
担当者名	
連絡先	

※名詞貼り付け可

下記の医療機器及び医療材料等について試用結果を報告します。

試用製品名	
メーカー / 規格	
定価及び償還価格	
試用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
試用数量	
試用部署	
試用結果 評価 (※使用部署記入)	<input type="checkbox"/> 既存品に比べ優れている <input type="checkbox"/> 既存品と変わらない <input type="checkbox"/> 既存品に比べ劣る <input type="checkbox"/> その他 ()

※この報告書は、試用終了後速やかに管財課用度係へ提出してください。