**検　　収　　書**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| １．数量 | １台 |

|  |  |
| --- | --- |
| ２．購入金額 | 円 |

３．納入車両の種類　　　訪問看護車・献血運搬車

（いずれかに○をつける）

４．車名

５．車体の色

（どちらかに○をつける） 白系 ・ シルバー系　　）

６．福祉車両への標識表示は適正にされているか

（どちらかに○をつける） はい　　・　　いいえ

７．検収日 　　　 　年 月 日

「2024年度 　診療車等の整備　補助事業」について

上記のとおり納車を受け、検収のうえ、受領したことを確認しました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 売主（業者） | 住所 |  |
|  | 販売店 |  |
|  | 代表者名 | ㊞ |
|  | 電話 | （ 　　　） |
|  | 担当者名 | ㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 買主（法人） | 住所 |  |
|  | 法人名 | ㊞ |
|  | 代表者名 |  |
|  | 検収者名 | ㊞ |