

# レントゲンフィルム処理報告書

引 受 日 平成 年 月 日

(引渡時立会者)

病院担当者 \_\_\_\_\_

当社担当者 \_\_\_\_\_

フィルム処理日 平成 年 月 日

処理担当者 \_\_\_\_\_

処理責任者 (確認者) \_\_\_\_\_

当社が引き渡しを受けたレントゲンフィルムについて、上記のとおり処理を行いましたので報告します。

平成 年 月 日

高知県立あき総合病院長 前田博教 様

住所

社名

代表者名

㊟