

是正処置報告書

平成 年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会
福祉用具認証センター長 殿

申請者の名称 _____

代表者名 _____ 印

住所 〒□□□□-□□□□

TEL 番号 _____ ()

FAX 番号 _____ ()

電子メールアドレス _____

平成 年 月 日付認証センター発第 号による、福祉用具臨床的評価の認証不合格通知に対し、是正処置を実施しますので、確認をお願いします。

製品の名称	
型式番号	
福祉用具の種目	
不合格の理由	
是正処置	1. 是正処置の計画概要 2. 是正処置の実施日（又は予定日） 3. 是正処置の結果、確認可能となる日
TAISコード (取得している場合のみ記載すること。)	□□□□□-□□□□□
QAPコード	