

(貴事務所)

受#2

事務所名

担当者様

## 資料一覧 兼 受領書

受領日:平成 年 月 日

メディカルリサーチ株式会社

印

患者名		確認欄
資料	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	

以上

※本書をもって資料の管理並びに返却時の確認を致します。

必ず詳細をご記入ください。

※弊社記入欄となります。

(貴事務所)

受#2

事務所名 ◇◇◇法律事務所

担当者様 ■■■■■

## 資料一覧 兼 受領書

受領日:平成 年 月 日

メディカルリサーチ株式会社

印

患者名	田中 太郎	確認欄
資料	・画像CD(A病院) 1枚	
	・画像CD(B病院) 3枚	
	・カルテ(A病院) 27枚	
	・カルテ(B病院) 79枚	
	・後遺障害診断書 1枚	
	・訴状(写し) 1通	
	・準備書面(写し) 1通	
	・	
	・	

以上

※本書をもって資料の管理並びに返却時の確認を致します。

必ず詳細をご記入ください。

※弊社記入欄となります。