

〔FAX送付先〕 熊本市障がい者福祉相談所 判定班 担当 有馬 行  
 FAX番号 096-362-6660 (電話番号096-362-6500)

**整形外来(肢体不自由)来所相談予約表(義肢・装具)(座位保持装置(適合判定))**

◎希望日 平成 年 月 日( )

業者名( ) 担当者名( ) 連絡先( )

1 氏名		生 年 月 日	M T S H	年 月 日
	(男・女)			歳
住 所				
	TEL ( )			
職 業				
相談補装具名	補装具名 <input type="checkbox"/> 新規支給 <input type="checkbox"/> 再支給(前回製品検査 年 月頃) <input type="checkbox"/> 修 理(交付製品検査 年 月頃)	相 談 内 容	処 方・適合判定 その他 ( )	
備 考				

2 氏名		生 年 月 日	M T S H	年 月 日
	(男・女)			歳
住 所				
	TEL ( )			
職 業				
相談補装具名	補装具名 <input type="checkbox"/> 新規支給 <input type="checkbox"/> 再支給(前回製品検査 年 月頃) <input type="checkbox"/> 修 理(交付製品検査 年 月頃)	相 談 内 容	処 方・適合判定 その他 ( )	
備 考				

3 氏名		生 年 月 日	M T S H	年 月 日
	(男・女)			歳
住 所				
	TEL ( )			
職 業				
相談補装具名	補装具名 <input type="checkbox"/> 新規支給 <input type="checkbox"/> 再支給(前回製品検査 年 月頃) <input type="checkbox"/> 修 理(交付製品検査 年 月頃)	相 談 内 容	処 方・適合判定 その他 ( )	
備 考				

★適合判定の方も申し込みをお願いします。  
 ★問い合わせがある場合は、お電話ください。