〔FAX送付先〕　熊本市障がい者福祉相談所　判定班　担当者　行

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　令和　　年　　月　　日（　　）

業者名（　　）　担当者名（　　）　連絡先（　　）

1 フリガナ 氏名	（男・女）	生年月日	MTSHR　年　月　日 歳
住所	TEL　（　　）		
職業			
相談補装具名	補装具名 □ 新規支給 □ 再支給（前回製品検査　年　月頃）	相談内容	処方・適合判定 その他（　　）
備考			

2 フリガナ 氏名	（男・女）	生年月日	MTSHR　年　月　日 歳
住所	TEL　（　　）		
職業			
相談補装具名	補装具名 □ 新規支給 □ 再支給（前回製品検査　年　月頃）	相談内容	処方・適合判定 その他（　　）
備考			

3 フリガナ 氏名	（男・女）	生年月日	MTSHR　年　月　日 歳
住所	TEL　（　　）		
職業			
相談補装具名	補装具名 □ 新規支給 □ 再支給（前回製品検査　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。