

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))

〔送信先〕 shougaisoudan@city.kumamoto.lg.jp

(電話番号 096-362-6500)

※メールの件名は「【補装具連絡】+内容+(相談所担当者名)」としてください。

◎希望日 令和 年 月 日 ()

業者名() 担当者名() 連絡先(- -)

1	フリガナ						性別	生年月日		年		月		日
	氏名													
住 所														
							電話番号		-	-				
職業														
補装具名							相談内容							
区分		再支給→前回製品検査日 修理→支給時製品検査日			年		月頃	相談内容		その他の内容				
備考														

2	フリガナ						性別	生年月日		年		月		日
	氏名													
住 所														
							電話番号		-	-				
職業														
補装具名							相談内容							
区分		再支給→前回製品検査日 修理→支給時製品検査日			年		月頃	相談内容		その他の内容				
備考														

3	フリガナ						性別	生年月日		年		月		日
	氏名													
住 所														
							電話番号		-	-				
職業														
補装具名							相談内容							
区分		再支給→前回製品検査日 修理→支給時製品検査日			年		月頃	相談内容		その他の内容				
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。