

# 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。

※    の色の欄に入力してください。

◎希望日 令和    年    月    日 (    )

業者名(    ) 担当者名(    ) 連絡先(    -    -    )

1	フリガナ										
	氏名										
		生年月日			年		月		日		歳
住所											
		電話番号			-		-				
職業											
補装具名											
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										
	氏名										
		生年月日			年		月		日		歳
住所											
		電話番号			-		-				
職業											
補装具名											
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										
	氏名										
		生年月日			年		月		日		歳
住所											
		電話番号			-		-				
職業											
補装具名											
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。