

〔FAX送付先〕 熊本県福祉総合相談所 障がい相談課 () 行
 FAX番号 096-381-4412 (電話番号096-381-4461)

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(曜日)

業者名 () 担当者名 () 連絡先 ()

1 フリガナ 氏名			生 年 月 日	M T S H R	年 月 日
	(男・女)				歳
住 所			TEL ()		
身障手帳番号					
援護の実施者	市町村名 ()	市町村担当者への確認 (未 済)			
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 年 月頃) <input type="checkbox"/> 修 理(前回製品検査年月 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			生 年 月 日	M T S H R	年 月 日
	(男・女)				歳
住 所			TEL ()		
身障手帳番号					
援護の実施者	市町村名 ()	市町村担当者への確認 (未 済)			
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 年 月頃) <input type="checkbox"/> 修 理(前回製品検査年月 年 月頃)	相 談 内 容	処 方・適合判定 その他 ()		
備 考					

★来所相談は予約制です。希望日の3日前(土日祝祭日を除く。)の17:00までに本予約表を提出ください。
 (予約状況等により、希望日の変更をお願いすることがあります。早めの予約をお願いします。)
 ★問い合わせがある場合は直接お電話をお願いします。