

(送信先) kenhosougu@pref.kumamoto.lg.jp 熊本県福祉総合相談所 障がい相談課 行

## 整形外科(肢体不自由)来所相談予約表(義肢、装具、座位保持装置等)

来所希望日 年 月 日 ( 曜日 )

事業者名 ( ) 担当者名 ( )

|   |      |  |  |       |
|---|------|--|--|-------|
| 1 | 氏名   |  | 生年月日   | 年 月 日 |
|   | 市町村名 |  | 相談内容   |       |
|   | 補装具名 |  | <input type="checkbox"/> 新規支給<br><input type="checkbox"/> 再支給<br><input type="checkbox"/> 修理 |       |

|   |      |  |  |       |
|---|------|--|--|-------|
| 2 | 氏名   |  | 生年月日   | 年 月 日 |
|   | 市町村名 |  | 相談内容   |       |
|   | 補装具名 |  | <input type="checkbox"/> 新規支給<br><input type="checkbox"/> 再支給<br><input type="checkbox"/> 修理 |       |

来所相談は予約制です。事前に電話で予約状況を確認のうえ、希望日の3日前(土日祝祭日を除く。)の17時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ので、早めの予約をお願いします。

お問い合わせの際は、右記連絡先へご連絡ください。(熊本県福祉総合相談所 障がい相談課 096-381-4461)