義肢装具適合判定予約　（令和　　年　　月　　日分）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　業者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者番号 | 氏　名 | 生年月日 | 時　間 | 適合判定 | 補装具相談 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |
|  |  | T・S・H  年　月　日 | AM　PM  　　　時 | 来所・現物 | 修理・調整 |

**※**予約受付・・・判定前日の午後３時まで

名古屋市身体障害者更生相談所

FAX　０５２－８３５－３７２４