

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