

車椅子適合判定予約（令和 年 月 日分）

業者名

利用者番号	氏 名	生年月日	適合判定	備 考
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	
		T・S・H 年 月 日	現物・書類・来所	

※ 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