

FAX で送付のこと

《様式 5 2》

FAX 06－6692－5340

適合判定申込書

大阪府障がい者自立相談支援センター身体障がい者支援課 あて

製作・販売業者名

TEL

☆判定日：令和 年 月 日 ()

☆場所：いずれかに 本所・巡回 (会場)

内容	製作・販売業者記入欄		センター記入欄		
	判定書番号	補装具名		受付 担当者	日時・ 会場 <input checked="" type="checkbox"/>
仮・完	障相第 201－				
仮・完	障相第 201－				
仮・完	障相第 201－				
仮・完	障相第 201－				
仮・完	障相第 201－				
仮・完	障相第 201－				
仮・完	障相第 201－				
仮・完	障相第 201－				

※予約は前日の午前中までに FAX で申し込んでください。

その後電話で氏名と生年月日の連絡をして下さい。

※場所は本所か巡回のどちらかにをつけ、巡回の場合は会場のある市の名前をお書き下さい。

大阪府障がい者自立相談支援センター 身体障がい者支援課

TEL 06－6692－5262

FAX 06－6692－5340