

FAX で送付のこと

《様式52》

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 へ

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-				

※予約は前々営業日までに 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