

補装具適合意見証明書

氏名		生年 月日	年 月 日生
現住所	福岡市 区	電話	—
補装具の名称 及び型式			
適合判定 仮合せ 令和 年 月 日 良好 普通 悪い 完成日 令和 年 月 日 良好 普通 悪い	(修正事項)		
効果見込			
上記のとおり証明する。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 医師氏名			