

補装具業者登録届出書

年 月 日

調 布 市 長 あて

所 在 地

事業所名称

代表者氏名

調布市における補装具業者としての登録を受けたいので、必要書類を添えて届出いたします。

フリガナ			
事業所名称			
フリガナ			
代表者の氏名 (事業所)			
事業所の所在地	(〒 - )		
連 絡 先	電話番号		FAX 番号
	メールアドレス		
取扱補装具種目 (取扱をする種目の左に ○印を記入してください。)	骨格構造義肢	眼鏡	歩行補助つえ
	殻構造義肢	補聴器	重度障害者用意思伝達装置
	装具	車いす	人工内耳
	姿勢保持装置	電動車いす	
	視覚障害者安全つえ	歩行器	
	義眼	児童用座位保持いす	