治療装具装着等証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 |  |
| 保護者等氏名 |  | 住所 |  |
| 治療用装具名 |  | | |
| 治療装具の価格 |  | | |
| 製作依頼業者名 |  | | |
| 適合検査 | 年　　　月　　　日　検査  検査者  　　　　　　　　　　　　施設  担当医師氏名 | | |
| 適合証明 | 装着について適合の事実を証明します。  　　　　　　　年　　　　月　　　日  　　施設長名 | | |