装 具 処 方 箋

ヨ ミ ガ ナ

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　男 ・ 女

生年月日： 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　 年　　　　月　　　 日

住　　所：

（ 傷 病 名 ）

上記により

（ 補装具名 ）

の作製を株式会社COLABOへ依頼します。

備考

日　付　：　令和　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関の所在地及び名称

処方医　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先電話番号　　　（　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　）

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　関係

連絡事項：