

補装具事業者登録申請書

年 月 日

滝川市福祉事務所長 様

所在地

申請者 事業者名

代表者氏名

㊟

補装具事業者の登録を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

フリガナ				
事業所名称				
事業所所在地	〒			
事業所代表者	役職		氏名	
連絡先	電話番号		FAX番号	
フリガナ				
事業者名称 (法人又は個人事業主)				
事業者所在地	〒			
代表者	役職		氏名	
連絡先	電話番号		FAX番号	
取扱補装具種目 (取扱いをする種目の左に○印を記入してください。)		骨格構造義肢※ <sup>1</sup>	眼鏡	座位保持椅子 (児童)
		殻構造義肢※ <sup>1</sup>	補聴器※ <sup>2</sup>	起立保持具 (児童)
		装具※ <sup>1</sup>	車椅子	頭部保持具 (児童)
		座位保持装置	電動車椅子	排便補助具 (児童)
		盲人安全つえ	歩行器	重度障害者用意思伝達装置
		義眼	歩行補助つえ	

※1 義肢装具士を配置していること。ただし、採寸のみを取り扱う場合を除く。

※2 薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく届出又は許可をしていること。