

様式第 14 号

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険
筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施
医療機関に係る届出書

下記医療機関を義肢等補装具費支給制度における筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等並びに適合判定を実施する医療機関として届出します。

医 療 機 関	名 称	
	所在地	
	郵便番号	—
	電話番号	— —
	添付資料	別紙のとおり

開設者 住 所 _____
氏 名 _____ ㊞
(記名押印又は署名)