

健康保険による 靴型装具・足底装具 製作依頼書

お名前 _____ 様 (_____ 歳) _____ 男・女

診断名

左	右

ドクターコメント

--

日付： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

診療科：

医師名：

～患者様へのお願い～

当店へご来店頂く際は必ず事前に下記のフリーダイヤルにて
「ご予約」下さいます様、宜しくお願い申し上げます。

株式会社 アルファ美輝
札幌市中央区北 1 条西 23 丁目 1-28
リラハイツ表参道 1F
フリーダイヤル 0120-841-928
担当：フットケア事業部