

(様式第 10-2 号)

認 定 休 止 届

西暦 年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会 理事長 殿

住 所 〒

電話番号

ファックス番号

開設者の名称

代表者の氏名

印

下記の認定補聴器専門店について、認定補聴器専門店の認定を休止したく、認定証書等を添えてお届けいたします。なお、返還できないものについては、別紙「紛失届及び誓約書」を提出します。

記

認定補聴器専門店認定番号	
認定店の名称	
店舗管理者の氏名	
認定休止年月日	～
休止理由	<input type="checkbox"/> 常勤認定補聴器技能者の入院・加療 <input type="checkbox"/> 常勤認定補聴器技能者の退職 <input type="checkbox"/> 常勤認定補聴器技能者の資格失効 <input type="checkbox"/> その他 ()
返還書類等	<input type="checkbox"/> 認定補聴器専門店認定証書 <input type="checkbox"/> 認定プレート <input type="checkbox"/> ステッカー

該当する欄の□内に「レ」印をしてください。

事務局	到着日 西暦 年 月 日	・登録システム変更 西暦 年 月 日
記入欄	事務担当者署名	・責任者確認署名