

「認定補聴器専門店」認定申請書

申請店舗名称	※ 保健所に届け出た販売業届書・貸与業届書に記載されている営業所の名称を記入してください。
--------	---

西暦 年 月 日	
公益財団法人テクノエイト協会 理事長 殿	
上記の店舗について、認定補聴器専門店認定要綱を確認した上で別添のとおり「認定補聴器専門店」の認定を申請いたします。	
【申請者住所】(会社所在地※)	
〒	

【申請者氏名】(会社名称及び代表者氏名※)	

(自署)	

※ 代表者が認定申請業務を申請店舗の業務運営責任者(店長)に委託する場合、申請者住所・申請者氏名は申請店舗の店長の氏名でも可とする。	

認定申請をする店舗と連携している補聴器相談医の証明

指導を受けている 補聴器相談医	上記の店舗は医療との連携を保ち、補聴器装用に関する必要な実務能力を有する店舗であることを証明します。
	医療機関名
	電話番号
	所在地
	〒

	西暦 年 月 日
	(フリガナ)
	医 師 氏 名 (自署)

※連携する補聴器相談医の情報は、補聴器キーパーソンへ提供する場合があります。