

(様式第6-1号)

「認定補聴器専門店」移転承認申請書

| | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 申請店舗名称 | (フリガナ) |
| 店舗URL (HPアドレス) (無い場合は記入不要) | |
| 申請店舗所在地 電話番号及びFAX番号 ※移転後の住所を記載 | 〒 - TEL FAX |
| 日本補聴器販売店協会 会員区分 | 会員 ・ 非会員 (いずれかに○を記入) |
| 開設予定年月日 | 西暦 年 月 日に開設予定 |
| 認定登録番号 | - |

| |
|--|
| 西暦 年 月 日 |
| 公益財団法人テクノエイト協会 理事長 殿 |
| 下記の店舗について、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」の移転承認を申請します。 なお、添付書類は移転後1か月以内に提出します。 |
| 【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) _____ |
| ※代表者が移転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住所及び店長の氏名でも可 |