

(様式第 6 号-3【オンライン用】)

## 「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)
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
開設予定年月日	年 月 日に開設予定
店舗 URL (HP アドレス)	※無い場合は記載不要です。
認定登録番号	—

平成 年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会 理事長 殿

上記の店舗について、「認定補聴器専門店」移転承認を申請します。

【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※)

\_\_\_\_\_  
印

※ 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住所及び店長の氏名でも可

(様式第 6 号-3【オンライン用】)

## 「認定補聴器専門店」移転承認申請に伴う 店舗と連携している補聴器相談医の証明書

申請店舗名称	
--------	--

移転申請をする店舗と連携している補聴器相談医

指導を受けている 補聴器相談医又は 耳鼻咽喉科専門医	医療機関名
	電話番号
	所在地
	〒
	1. 補聴器相談医          2. 耳鼻咽喉科専門医
	(フリガナ) 医師氏名 _____ 印