

※提出が必要な場合のみ

理 由 書

公益財団法人テクノエイド協会 理事長 殿

令和 年 月 日

店舗名（屋号）

業務運営責任者（店長）

■下記項目について理由書を提出いたします

- 署名を受けた補聴器相談医が最新名簿に掲載されていない
- 署名を受けた補聴器相談医が近隣ではない
(近隣の補聴器相談医との連携が確認できない場合は不適合となる場合があります)
- 補聴器相談医ではなく耳鼻咽喉科専門医からの署名を受けている
- その他（ ）

■理由記入欄（必須）
