

(様式第10号)

認定辞退届

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辞退したく、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	
認定補聴器専門店の名称	
店舗管理者の氏名	
辞退理由	<input type="checkbox"/> 常勤認定補聴器技能者が不在のため <input type="checkbox"/> 廃業のため <input type="checkbox"/> 店舗閉鎖のため <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。

なお、返還される認定料がある場合は、下記に送金してください。

口座所在金融機関の名称	ふりかな
口座所在金融機関の支店名	ふりかな
預金の種類及び口座番号	(当座・普通)
口座開設者の名称又は氏名	ふりかな

事務局 記入欄	到着日 西暦 年 月 日 事務担当者署名	・登録簿抹消記入日 西暦 年 月 日 ・責任者確認署名
------------	-------------------------	--------------------------------