

「認定補聴器専門店」認定申請書

(新規・更新)

申請区分	新規申請 ・ 更新申請
会社名称 及び代表者氏名	(フリガナ) ※個人開設の場合は代表者の氏名のみを記入してください。
会社所在地 電話番号及び FAX 番号	〒 - TEL FAX
申請店舗名称	(フリガナ)
店舗 URL (HP アドレス)	※無い場合は記載不要です。
申請店舗所在地 電話番号及び FAX 番号	〒 - TEL FAX
認定登録番号	※新規申請の場合は記載不要です。

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、別添資料を添えて「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※)

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 1-1 号 【オンライン用】)

「認定補聴器専門店」認定申請に伴う 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	
--------	--

認定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