

(様式第 1-1 号 【オンライン用】)

# 「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
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)
認定登録番号	※新規申請の場合は記載不要です。

西暦 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※)

(自署)

※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	<p>上記の店舗は医療との連携を保ち、補聴器装用に関する必要な実務能力を有する店舗であることを証明します。</p> <p>医療機関名</p> <p>電話番号</p> <p>所在地</p> <p>〒</p> <p>(フリガナ) 医 師 氏 名 (自署) _____</p>
--------------------	---

※連携する補聴器相談医の情報は、補聴器キーパーソンへ提供する場合があります。