

(様式第6-1号)

「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)
店舗URL (HPアドレス) (無い場合は記入不要)	
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
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

下記の店舗について、別添資料を添えて「認定補聴器専門店」の移転承認を申請します。なお、添付書類は移転後1か月以内に提出します。

【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

※ 代表者が移転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