

補聴器調整完了証明書

【申請者（対象者）】

| | | | |
|------|--|------|-----------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 氏 名 | | | |
| 住 所 | | | |

販売店の方へ

継続的な使用ができるよう補聴器の調整が終了しましたら、下記の証明欄に日付、販売店名・所在地・代表者名・技能者名をご記入いただき、申請者にお渡しいたきますようお願いいたします。

【販売店記載欄】

| |
|----------------------|
| 上記の者は、補聴器の調整が完了しました。 |
| 年 月 日 |
| 販売店名 |
| 所在地 |
| 代表者 |
| 補聴器技能者名 [※] |

※公益社団法人テクノエイド協会が認定する補聴器技能者名を記載してください。

申請者の方へ

調整終了後、速やかに販売店に記載を依頼してください。記載終了後は長寿推進課に提出してください。郵便で提出することもできます。

〒526-8501 長浜市八幡東町 632 番地 長浜市長寿推進課補聴器助成担当 宛