

補聴器・人工内耳取扱調書

フリガナ			
事業所名称			
事業所の所在地		〒 -	
連絡先	電話番号	FAX番号	

1 設備等

	氏名	年齢	補聴器適応指導経験年数	補聴器修理調整経験年数	テクノエイド協会認定補聴器技能(該当するものにしを入れる)		備考
					<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
従業員(事務を除く)			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	
			年	年	<input type="checkbox"/> 講習会修了者	<input type="checkbox"/> 認定技能者	

設備	機器名	保有台数	備考
		JIS規格オーディオメーター	
	SPL測定設備		
	補聴器特性検査器		
	防音ボックス		
	修理用測定器		
	修理工具	有 ・ 無	

※テクノエイド協会認定補聴器技能講習会は基礎講習会も含むものとする。修了者または認定技能者は修了証または認定証の写しを添付して下さい

全国補聴器専門店認定協会認定補聴器専門店認定証の有無	有り ・ 無し
----------------------------	---------

※有りの場合は全国補聴器専門店認定協会認定補聴器専門店認定証の写しを添付して下さい。

2 取扱商品

		製造会社・製品名	機種	備考
高度難聴用	ポケット型			
	耳かけ型			
重度難聴用	ポケット型			
	耳かけ型			
耳あな型	レディメイド			
	オーダーメイド			
骨導式	ポケット型			
	眼鏡型			
人工内耳	人工内耳 (修理)			

注)補聴器交付基準額の製品についてのみ記入