

認定補聴器技能者 IDカード 再発行申請書

令和 年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会 理事長 殿

申請者氏名 ふりがな _____

ID _____

認定補聴器技能者 ID カードの再発行を申請します。

※認定補聴器技能者 ID カードの送付先(いずれかに○)【 自宅 ・ 勤務先 】

※パスポートサイズ(縦 4.5cm 横 3.5cm)の写真(郵送)、または、顔写真画像データ(shiken@techno-aids.or.jp)をお送りください。

自宅住所 (必須)	〒 _____ TEL _____
勤務先名称 (必須)	
勤務先所在地 (必須)	〒 _____ TEL _____

送付先：〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸 1-1 セントラルプラザ 4 階
(公財) テクノエイド協会 研修部 TEL 03-3266-6882
Mail shiken@techno-aids.or.jp