

## 認定補聴器技能者証書 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 \_\_\_\_\_

I D \_\_\_\_\_

認定補聴器技能者証書の再発行を申請します。

※認定補聴器技能者証書の送付先（いずれかに○）【 自宅 ・ 勤務先 】

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 試験研修部 TEL 03-3266-6882  
FAX 03-3266-6881