

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^{ふりがな}氏名

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 研修部 TEL 03-3266-6882
FAX 03-3266-6881
Mail shiken@techno-aids.or.jp