



入会申込書

記入見本

一般社団法人日本補聴器販売店協会 理事長殿

私は下記の通り、一般社団法人日本補聴器販売店協会に社員として入会を申し込み、入会後は貴法人の会則を始め遵守すべき諸規定を誓約致します。

申請日：平成 27 年 11 月 1 日

記入についてご不明な点がありましたら、事務局までお問い合わせください。

1. 申請者 (定款第 10 条, 第 21 条参照)

登録社員名*	(フリガナ) カンダ タロウ
	神田 太郎 印
登録店舗名*	(フリガナ) カンダホチョウキセンター
	かんだ補聴器センター

今回入会する店舗名とその店舗の運営責任者の氏名を届け出てください。

2. 営業主体の社名と代表者名 (上記と同じ場合は「同上」で可)

私は上記の者を貴法人の社員として入会することに同意して指名致しますとともに、社員に非があったときには共に責任を負います。

事業者名* (会社名)	株式会社 神田補聴器
事業主名* (役職・氏名)	役職： 代表取締役社長
	神田 一郎 印
連絡先*	〒 101-00** 東京都千代田区内神田 2-**-* Tel/Fax: 03-3258-**** / 03-3258-****

貴社(本社)の代表者の指名が必要です。ただし代表者が申請者の場合は「同上」で結構です。

3. 推薦者* (規約第 2 条)

私は申請者の入会を推薦し、入会した後も本法人の定款及び倫理綱領等を遵守するよう適切な助言をいたします。

登録店舗名： ○○補聴器相談室 原宿店

登録社員名： ○○ △△子 印

※同一支部内の当協会会員(登録社員)2名の推薦が必要です。
※うち1名は日本補聴器工業会 社員会社の正副登録者の署名捺印に代えることができます。
※申請社員と同じ経営、系列社、フランチャイズ関係者は除きます。

登録店舗名(または工業会登録社名): ○△□補聴器メーカー

登録社員名(または工業会正副社員名): ○ ○ 田 △ 男 印



調査票

1. 店舗について

申請店舗住所*	(フリガナ) トウキョウトチヨダクウチカンダ シマダ		
	〒 101-0047 東京 千代田区内神田2-11-1 島田ビル6F		
Tel*	03-3258-5964	Fax*	03-3258-9033
E-mail	query__@jhida.org		
URL	http://www.jhida.org		
本支店	<input type="checkbox"/> 本社(本店) <input checked="" type="checkbox"/> 支店	開設日	T・S・H 62年 3月 15日
事業内容	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器専門店 <input type="checkbox"/> 兼業店 (メガネ・時計・宝石・家電・その他)		兼業の内容に○もしくは記入
定休日	<input checked="" type="checkbox"/> 日曜 <input checked="" type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()	障害者総合支援法 補聴器の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
営業時間	10:00 ~ 18:00 (※土曜は17:00まで)		
修理	<input type="checkbox"/> 許可証を取得し店頭で対応 (→医療用具修理業許可証を添付してください) <input checked="" type="checkbox"/> メーカーに依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療機器販売管理者*	氏名: 神田 太郎 (※証書のコピーを添付してください)		
医療機器販売業届*	※届出書と店舗のレイアウト(平面図)のコピーを添付してください		
認定補聴器専門店	<input type="checkbox"/> 認定店 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定なし	専門店認定番号	

2. 設備について (※未設置の場合は設置予定時期をご記入ください)

主要機材の有無	メーカー名	型式
<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器調整のための聴力測定ができる設備	*****社	A-5000B
<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器調整のための測定ができる防音施設	***社	GH-700i
<input type="checkbox"/> 補聴器特性測定設備	*年*月頃設置予定	
<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器装用効果測定のための設備	*****社	CDプレイヤー E60-F

3. 取り扱いメーカーについて

<input checked="" type="checkbox"/> リオン(株)	<input checked="" type="checkbox"/> パナソニック(株)	工業会の社員会社名を表示しておりますので取り扱いブランドが含まれるメーカー名にチェックしてください。 お客様へのご案内等に使用します。
<input checked="" type="checkbox"/> GNリサウンドジャパン(株)	<input checked="" type="checkbox"/> コルチトーン補聴器(株)	
<input checked="" type="checkbox"/> ワイデックス(株)	<input checked="" type="checkbox"/> スターキージャパン(株)	
<input checked="" type="checkbox"/> バーナフォン(株)	<input checked="" type="checkbox"/> フォナック・ジャパン(株)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

4. 顧客に関する記録の有無

<input checked="" type="checkbox"/> 顧客の名前及び住所	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器の調整状態	協会で推奨する記録要項です。 現在記録している次項にチェックしてください。
<input checked="" type="checkbox"/> 来店時の同伴者の有無と顧客との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻科受診の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 主訴	<input checked="" type="checkbox"/> 再来店時の記録	
<input checked="" type="checkbox"/> 難聴の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 修理の記録	
<input checked="" type="checkbox"/> オーディオグラム	<input type="checkbox"/> その他 ()	

5. 店舗に勤務する従業員について

入会金の優待に関わりますので正しく記入してください。

従業員数	5 名 うち【正規従業員 3 名】 【補聴器専門従事者 2 名】
資格者の有無*	<input checked="" type="checkbox"/> 認定補聴器技能者 1 名 <input checked="" type="checkbox"/> 資格取得中 1 名
認定技能者の氏名と番号	(フリガナ) カンダ タロウ 神田 太郎 【登録番号： 9-9999 】

資格者の在籍人数は名簿に記載されます。

6. 医療面で連携している医師（補聴器相談医）について

医師名	(フリガナ) **** ** 〇× 〇夫
医療機関名	(フリガナ) ****ジビィンコウカイ 〇×耳鼻咽喉科医院
資格	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器相談医 <input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科専門医 <input type="checkbox"/> その他(.....)

禁忌8項目に該当するお客様をご案内したり、事故の際に即時対応していただけるよう日頃から医療機関との連携が大切です。
※署名捺印は不要ですが、記載の了解を得てください。

7. 協会に既に入会している同一営業主体の社員について

2店目および3店目以上で入会金の優待があります。また、次項8で会費の合算請求をご希望の場合は合算する親店舗をご記入ください。

登録店舗名	氏名	社員番号
① かんだ補聴器センター 新宿店	神田 一子	8888888
②		

初回は引落できませんのであらかじめご了承ください。別途請求させていただきます。

8. 会費納入方法について

会費納入方法の希望*	<input checked="" type="checkbox"/> 年1回払い <input type="checkbox"/> 年2回払い <input type="checkbox"/> 自動引き落とし (年12回)
次期 (入会後の) 請求について	<input type="checkbox"/> 店舗単独で請求してほしい <input checked="" type="checkbox"/> 上記7項の店舗 ① 新宿店 に合算して請求してほしい

- ◎ *は必須項目です。添付書類は医療機器販売管理者修了証、医療機器販売業届、店舗間取り図、(店舗で修理をしている場合は修理業許可証)の写しです。記載漏れや添付漏れがないか確認のうえ申請してください。
- ◎ 「入会申込書」及び「調査票」はコピーし、会則と共に保管しておいてください。
- ◎ 「入会申込書」及び「調査票」の記載事項に変更が生じた場合は、別に定める「変更届」を提出してください。
- ◎ なお、「申込書」「調査票」の情報については連絡や広報活動などの協会活動に必要な場合にのみ使用いたします。

事務局記入欄

社員番号：

申込書到着日： 平成.....年.....月.....日 審査依頼日： 平成.....年.....月.....日

入会承認通知日： 平成.....年.....月.....日 入会日： 平成.....年.....月.....日

入社金： ¥..... 会費： ¥..... (..... ~ 月分) 入金合計： ¥.....

入会の資格について

次の各号の条件を充足するもの。

1. 本協会の基本理念と目的に賛同する自然人であること。
2. 店舗に勤務して補聴器の小売業に従事する者であること。
3. 所属する営業主体の代表者(法人代表者あるいは個人営業主)が指名する者であること。
ただし、代表者自身の入会には不要である。
4. 同一支部内の当協会の社員2名が推薦するものであること。
ただし、上記推薦者のうち1名は一般社団法人日本補聴器工業会社員に代えることができる。

※法に基づき店舗が会員となるのではなく一店舗につき一名が議決権を持つ社員として登録されます。
※認定補聴器技能者の資格がなくても入会できますが資格取得または資格者の雇用を推奨します。

入会の手順について

1. 入会申込
入会申込書及び調査票に必要事項を記入・捺印の上、協会事務局までお送りください。
2. 入会審査
書類の確認とともに、協会の会則やガイドライン等の遵守事項や方針についてご理解いただくため、当協会役員(支部長等)が、賛同の意志、店舗の現状、今後の見通し等を訪問もしくは電話にて、確認させていただいております。
通常1か月程度かかりますが、時間を要する場合もございますのであらかじめご了承ください。
3. 入会承認
承認の通知とともに入会金と会費の合計金額が通知されます。
入金確認後、正式に社員となり入会書類一式が送付されます。

入会金・会費について

- 入会金 10万円
(従業員3名以下の販売店の入会金優待価格 3万円)
(多店舗展開している販売店の優待価格 2店舗目 5万円, 3店舗目 3万円)
- 会費 月額5,000円(年間6万円)

<書類送付先／お問い合わせ先>

一般社団法人日本補聴器販売店協会 事務局
〒101-0047 東京都千代田区内神田 2-11-1 島田ビル 6F
Tel : 03-3258-5964 Fax : 03-3258-9033
E-mail : query__@jhida.org