

(財)テクノエイド協会
理事長 小嶋 弘 仲 殿

指定事項申告書

下記のとおり補聴器技能者資格制度による指定事項の申告をいたします。

申 請 者	フリガナ	
	氏 名	印
	認定補聴器技能者番号	
	補聴器技能者講習会受講修了番号	
	取 得 年 月 日	年 月 日
	所 属	
	住 所	〒 -
	T E L	- -
	F A X	- -
	I D	

指 定 事 項	1	日本聴覚医学会で発表
	2	日本聴覚医学会補聴研究会を聴講
	3	その他 ()
内 容	主 催 者	
	講 習 会 名 等	
	演 題	
	講演者所属氏名	
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	時 間	時 分 ~ 時 分 (分間)
	場 所	
	発表・聴講要旨	_____ _____ _____ _____
添 付 書 類	1. 日本聴覚医学会で発表した資料などを添付します。 2. 日本聴覚医学会に関する領収書の写しを添付します。 3. その他 ()	

該当する数字に 印をしてください。

審査委員会記入欄	受付番号		認定番号		受領	却下	承認
----------	------	--	------	--	----	----	----

指定事項申告書について

この申請書は『認定補聴器技能者資格制度要綱 別紙』に基づき、技能者講習会修了者と認定補聴器技能者が聴覚医学会補聴研究会を聴講、または聴覚医学会にて発表を行った場合にそれを申告し点数を得るためのものです。

注意

- ・ 申告しない場合には点数は付与されません。
- ・ 申告できるのは聴講、または発表から1年以内です。
- ・ 補聴研究会の聴講は領収書が受講証明となりますので領収書を必ず添付してください。

提出先

財団法人テクノエイド協会 試験研修部

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1 - 1 セントラルプラザ4F

Tel : 03-3266-6882 Fax : 03-3266-6885