



# 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ました。私は、入会後は貴法人の会則を始め、諸規定を遵守することを誓約致します。

記入についてご不明な点がありましたら事務局 03-3258-5964 までお問い合わせください。

申請日： 2019年7月1日

## 1. 登録者 (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                            |                   |
| 登録店舗住所* | (フリガナ) トウキョウトチヨダクウチカンダ シマダ            |                   |
|         | 〒 101-0047<br>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                     |                   |
| URL     | http://www.jhida.org                  |                   |

今回入会する店舗名と店舗の運営責任者、店舗情報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**<br>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。

事務局記入欄 \_\_\_\_\_

社員番号： .....

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

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

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



# 調査票

兼業の内容に〇  
もしくは記入

## 1. 店舗について

|           |  |                     |  |
|-----------|--|---------------------|--|
| 本支店       | <input checked="" type="checkbox"/> 本社（本店） <input type="checkbox"/> 支店   | 開設日                 | 年 月 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・福祉用具・その他.....）  |                     |  |
| 定休日       | <input checked="" type="checkbox"/> 日曜 <input checked="" type="checkbox"/> 祝日<br><input type="checkbox"/> その他（.....）                           | 障害者総合支援法<br>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（→医療機器修理業許可証を添付してください）<br><input checked="" type="checkbox"/> メーカーに依頼 <input type="checkbox"/> その他（.....） |                     |  |
| 営業所管理者*   | 氏名: <b>神田 太郎</b>   |                     | （※薬機法で規定されている営業所管理者の<br>修了証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 checked="" type="checkbox"/> 認定店 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定なし   | 専門店認定番号             |  |

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。

## 2. 店舗に勤務する従業員について

|                 |  |  |                |
|-----------------|--|--|----------------|
| 従業員数            | 5 名 うち【正規従業員 3 名】 【非正規従業員 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 1 名の氏名と番号 | (フリガナ)<br><b>神田 太郎</b>   |  | 【登録番号: 9-9999】 |

資格者の在籍人数は名簿に記載されます。

## 3. 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店目から入会金の優待があります）

| 登録店舗名                   | 登録社員名        | 会員番号           |
|-------------------------|--------------|----------------|
| ① <b>かんだ補聴器センター 新宿店</b> | <b>神田 一子</b> | <b>8888888</b> |
| ②                       |              |                |

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 4 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。

## 4. 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 上記 7 項の店舗 ①... <b>新宿店</b> .....に合算して請求してほしい |

取扱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。ホームページやお客様へのご案内等に使用します。

### 5. 取り扱いメーカー・ブランドについて

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> リオン     | <input checked="" type="checkbox"/> パナソニック | <input checked="" type="checkbox"/> オーティコン             |
| <input checked="" type="checkbox"/> GNヒアリング | <input checked="" type="checkbox"/> コルチトーン | <input checked="" type="checkbox"/> シバントス              |
| <input checked="" type="checkbox"/> ワイデックス  | <input checked="" type="checkbox"/> スターキー  | <input checked="" type="checkbox"/> NJH (ベルトーン、ユニットロン) |
| <input checked="" type="checkbox"/> バーナフォン  | <input checked="" type="checkbox"/> フォナック  | <input type="checkbox"/> その他 ( )                       |

### 6. 顧客に関する記録の有無について

|   |  |
|---|--|
| <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 |
| <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 ( )             |

協会で推奨する記録要項です。現在記録している事項にチェックしてください。

申請時に機材がなくても入会できますが、補聴器調整のために必要な機材ですので、迅速に設置されるよう計画をお願いします。

### 7. 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            |
|---------------------|-----------|---------------|
| 補聴器調整のための聴力測定ができる設備 | *****社    | A-5000B       |
| 補聴器調整のための測定ができる防音施設 | ***社      | GH-700i       |
| 補聴器特性測定設備           | *年*月頃設置予定 |               |
| 補聴器装用効果測定のための設備     | *****社    | CDプレイヤー E60-F |

### 8. 連携している医療機関についてご記入ください

いる (以下に記載してください。医師による署名捺印)

<医療機関名>

○×耳鼻咽喉科医院

<医師名>

○山 ×夫

補聴器相談医  
 耳鼻咽喉科専門医  
 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。※医師による署名捺印は不要ですが、記載の了解を得てください。

◎\*は必須項目です。添付書類は営業所管理者修了証、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。

◎「申込書」「調査票」の情報については協会からの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。