



入会申込書

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す。
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。

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 登録者 (定款第10条、第21条参照)

登録社員名*	(フリガナ)		
	印		
登録店舗名*	(フリガナ)		
登録店舗住所*	(フリガナ)		
	〒		
Tel*		Fax*	
E-mail			
URL			

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)			
事業主名* (役職・氏名)	役職：		
	印		
連絡先*	〒		
	Tel/Fax：		

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

1. 店舗について

本支店	<input type="checkbox"/> 本社（本店） <input type="checkbox"/> 支店	開設日	年	月	日
事業内容	<input 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 type="checkbox"/> 日曜 <input 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
営業時間	: ~ :				
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） <input type="checkbox"/> メーカーに依頼 <input type="checkbox"/> その他（.....）				
営業所管理者*	氏名: (※薬機法で規定されている営業所管理者の 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 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			

2. 店舗に勤務する従業員について

従業員数	名 うち【正規従業員 名】 【補聴器専門従事者 名】				
資格者の有無*	<input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者名 <input type="checkbox"/> 資格取得中名				
認定技能者1名の氏名と番号	(フリガナ) 【登録番号: - 】				

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		
②		

4. 会費納入方法について

会費納入方法の希望*	<input 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 type="checkbox"/> 上記3項の店舗に合算して請求してほしい

5. 取り扱いメーカー・ブランドについて

<input type="checkbox"/> リオン	<input type="checkbox"/> パナソニック	<input type="checkbox"/> オーティコン
<input type="checkbox"/> GNヒアリング	<input type="checkbox"/> コルチトーン	<input type="checkbox"/> シバントス
<input type="checkbox"/> ワイデックス	<input type="checkbox"/> スターキー	<input type="checkbox"/> NJH(ベルトーン、ユニトロン)
<input type="checkbox"/> バーナフォン	<input 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 type="checkbox"/> 顧客の名前及び住所	<input type="checkbox"/> 補聴器の調整状態
<input type="checkbox"/> 来店時の同伴者の有無と顧客との関係	<input type="checkbox"/> 耳鼻科受診の有無
<input type="checkbox"/> 主訴	<input type="checkbox"/> 再来店時の記録
<input type="checkbox"/> 難聴の程度	<input type="checkbox"/> 修理の記録
<input type="checkbox"/> オーディオグラム	<input type="checkbox"/> その他 (.....)

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		
補聴器調整のための測定ができる防音施設		
補聴器特性測定設備		
補聴器装用効果測定のための設備		

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は不要) いない

<医療機関名>	
<医師名>	<input type="checkbox"/> 補聴器相談医 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科専門医 <input type="checkbox"/> その他 ()

◎*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。