様式第19号

**デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　（補装具業者名及び代表者名）　　　　　　　　 (　印 )

 (自署又は記名押印)

岩手県福祉総合相談センター所長　様

　　　　　　　　　　　　　氏の補装具費支給申請（補聴器）について、以下の者がデジタル補聴器の調整を行います。

調整を行う者の職・氏名

　　職（　言語聴覚士　　・　　認定補聴器技能者　）

　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し）

|  |
| --- |
| ※貼付欄 |

* 見積書に添付してください。