

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成デジタル式補聴器調整証明書

年 月 日

	所在地
	-----
(補聴器業者)	名称
	-----
	代表者
	-----
	④

八王子市中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成に係るデジタル式補聴器の装用に関し、専門的知識・技能を有する者が調整を行ったことについて、下記のとおり証明します。

記

1 対象児童氏名

氏名		生年月日	年月日
住所			

2 調整を行った者の氏名及び資格

氏名	
資格	言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者

※ 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を添付すること。