

様式第 1－1 号

軽度・中等度難聴児への補聴援助システム貸与申請書

令和 年 月 日

静岡県乳幼児聴覚支援センター 御中

住所_____

申請者氏名_____印

対象者との続柄 ()

電話 ()

下記のとおり補聴援助システムの貸与を受けたいので申請します。
記

対象者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	園・学校名		学年 (クラス)	年 組 (年 長)
貸与期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (6 ヲ月間) ※状況により延長可能		

(添付書類)
軽度・中等度難聴児への補聴援助システム貸与意見書 (様式第 2－1 号)

故障または紛失時の連絡先 静岡県乳幼児聴覚支援センター 0 5 4 (2 4 7) 6 1 1 1 (内線 8 1 6 1)
--