様式第１－２号

高度・重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（３ヵ月間） |

（添付書類）

　高度・重度難聴児への補聴援助システム貸与意見書（様式第２－２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

０５４（２４７）６１１１（内線８１６１）