

年 月 日

（販売店等）

住 所

事業所名

代表者名

補聴器販売予定情報提供書

下記の補聴器について、購入者に販売予定であることを情報提供します。なお、補聴器の取扱い方法や注意点について購入者に対し十分説明をしています。

購入者	住 所	王滝村
	氏 名	
購入者の聴力		両耳の聴力レベル（ ）デシベル相当 ※王滝村補聴器購入費助成事業の対象は、40デシベル以上70デシベル未満であり、身体障害者手帳（聴覚障害）の対象とならない方です。 測定場所 <input type="checkbox"/> 販売店 <input type="checkbox"/> その他（場所 ）
補聴器	装用耳	<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳
	イヤーマールド	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	タイプ	<input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	メーカー名 及び製品名	メーカー名： 製 品 名：
	費 用	円
販売店について		<input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者が在籍する店舗 <input type="checkbox"/> 認定補聴器専門店

（販売店等の担当者）※村からの問い合わせ等に対応できる方を記入してください。

氏 名		電話番号	
-----	--	------	--