令和　　年　　月　　日

公立大学法人横浜市立大学

附属市民総合医療センター　病院長　様

**横浜市立大学附属市民総合医療センター**

**補聴器取扱業者公募申込書**

耳鼻咽喉科外来における補聴器の取付及び調整業務に参加いたしたく、申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 会社名 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

【申込内容】

1. 乳幼児を対象とした補聴器外来（耳鼻咽喉科）に希望します。

|  |
| --- |
| 乳幼児向け取扱い補聴器メーカーに☑してください。（複数回答可）  　□リオネット　　　□PHONAK　　　□oticon |

1. 配置予定の認定補聴器技能者氏名及び法令等による免許

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 資格 |  |
| 交付番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　複数名の際は、空きスペースや別紙に記載ください。

次ページあり

1. 連携※している横浜市内地域療育センター、横浜市立ろう特別支援学校に〇をつけてください。

※連携とは、当該施設内でフィッティング・調整・貸出・故障対応等を行っていること。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 連携している時は〇 |
| 横浜市東部地域療育センター |  |
| 横浜市中部地域療育センター |  |
| よこはま港南地域療育センター |  |
| 横浜市西部地域療育センター |  |
| 横浜市南部地域療育センター |  |
| 地域療育センターあおば |  |
| 横浜市北部地域療育センター |  |
| 横浜市戸塚地域療育センター |  |
| 横浜市総合リハビリテーションセンター |  |
| 横浜市立ろう特別支援学校 |  |

※３者以上申込があった場合、後日提出いただく書類。詳細は、申込者に別途連絡します。

①当院指定様式「連携証明書」：必須１通。 【参考】連携証明書を確認ください。

〇をつけた施設のうち1施設のみ、連携証明書に押印（代表者氏名・押印等）をもらってください。

②連携実績がわかる書類：連携証明書以外の施設すべて。

1. 法人に所属している認定補聴器技能者（令和7年2月3日時点）

|  |
| --- |
| 名 |

　　　　　氏名、交付番号の一覧（任意様式）を提出ください。

【ご担当者様　連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |