

様式 1 1

デジタル補聴器調整の証明書

____様の補装具費支給申請（補聴器）について、
以下の者がデジタル補聴器の調整を行うことを証明します。

年 月 日

（補装具業者名及び責任者）

調整を行う者の氏名（ _____ ）
（ 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）

※貼付欄