

様式 1

認証申請書

平成 年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会
福祉用具認証センター長 殿

申請者の名称 _____

代表者名 _____ 印

住所 〒□□□□-□□□□

TEL 番号 _____ (_____)

FAX 番号 _____ (_____)

電子メールアドレス _____

福祉用具の臨床的評価による認証を申請します。

製品の名称	
型式番号	
福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 手動車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす（標準形、簡易形、ハンドル形） <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 入浴台 <input type="checkbox"/> 浴槽内いす <input type="checkbox"/> 浴室用すのこ及び浴槽用すのこ <input type="checkbox"/> 入浴用いす <input type="checkbox"/> 歩行器・歩行車 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> エルボークラッチ・多脚つえ
製造事業所	事業所の名称 _____ 住所 〒□□□□-□□□□ TEL 番号 _____ (_____) FAX 番号 _____ (_____)
工学的安全性	適合する JIS の名称：JIS T _____ 適合の証明方法： 第三者認証による認証書を添付すること。
TAISコード (取得している場合のみ記載 すること。)	□□□□□-□□□□□□ (付属品) □□□□□-□□□□□□
QAPコード	(記入不要)
備考 (付属品等)	