

様式 5

## 異議申立書

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 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日付認証センター発第 号による、福祉用具臨床的評価の認証不合格通知に対し、異議を申し立てます。

製品の名称	
型式番号	
福祉用具の種目	
不合格の理由	
異議申立ての理由	
TAISコード (取得している場合のみ記載すること。)	□□□□□-□□□□□
QAPコード	