

# 南安市慈善总会 南安市残疾人联合会

## 助听器选配申请表

姓 名		性 别		出生年月		联系电话	
残疾证号码				联系地址			
监护人姓名				监护人身份证号码			
在读学校				听力 损失 情况	左耳:	dB (纯音 <input type="checkbox"/> 脑干 <input type="checkbox"/> 多频 <input type="checkbox"/> )	
耳聋原因					右耳:	dB (纯音 <input type="checkbox"/> 脑干 <input type="checkbox"/> 多频 <input type="checkbox"/> )	
申请理由 (个人或监护人)				乡镇 (街道) 残联 意见	签章: 年 月 日		
签章: 年 月 日					签章: 年 月 日		
南安市残联 意见	签章: 年 月 日						
南安市 慈善总会 意见	签章: 年 月 日						
备注							

