

別 記

第2号様式（第5条関係）

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
<p data-bbox="209 891 1350 1030">上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むうえで差支えがあり、 補聴器の使用が必要であることを認める。</p> <p data-bbox="416 1252 703 1290">年 月 日</p> <p data-bbox="671 1397 772 1435">所在地</p> <p data-bbox="671 1494 831 1532">医療機関名</p> <p data-bbox="671 1588 911 1626">医師氏名（自署）</p>	