

第2号様式（第5条）

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
<p>上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むうえで支障があり、補聴器の使用が必要であることを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>【医療機関】 名 称</p> <p>医師名 印</p>	