様式第2号（第5条関係）

証　明　書（意　見　書）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 聴力レベル | 　　　　　右（ｄBHL） | 左（ｄBHL） |
| 　上記の者は、聴力機能の低下により日常生活を営むのに支障があり、補聴器の使用が必要であることを認める。年　　月　　日所　在　地：　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名：　　　　　　　　　　　　　  |