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： | | |