

第2号様式

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
<p>上記の者は、聴力低下のため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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____ 印</p>	