

様式第2号(第5条関係)

証 明 書

住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生(歳)		
上記の者は、難聴のため、補聴器の使用が必要であることを認めます。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医師名(自署)			