

第 2 号様式（第 4 条関係）

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
上記の者は、難聴であり、補聴器の使用が必要であると認める。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師名（自署）	