

様式第2号（用紙 日本産業規格A4縦型）

両耳の聴力レベルが40デシベル以上であり、補聴器の使用が必要であることを証する医師の証明書

（申請者氏名） について、両耳の聴力レベルが40デシベル以上であること及び日常生活において補聴器を使用する必要があることを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号

⑩