別記第2号様式（第5条関係）

証 明 書（意 見 書）

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地： _____</p> <p>医療機関名： _____</p> <p>医師氏名： _____ ④</p>	