補聴器使用に係る証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 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と認める。  年　　　月　　　日  所　在　地  医療機関名  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　白河市