

補聴器使用に係る証明書

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