様式第２号（第６条関係）

医師証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日生  　（　　　　　歳） |
| 住　所 | 坂城町　　　　　　　　　　　　　　番地 | | |
| 上記の者は、次のいずれかに該当するため、補聴器の装用が必要と認める。   |  |  | | --- | --- | | 該当に✔ | 聴力レベル | |  | 両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満 | |  | 片耳の聴力レベルが40デシベル以上で他耳の聴力レベルは90デシベル未満 |     　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | |