

医師証明書

氏名	
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	玉滝村
<p>上記の者は、聴力機能の低下のため日常生活に支障があり、両耳聴力レベルが 40デシベル以上70デシベル未満であるため補聴器の使用が必要と認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____</p>	