

証 明 書

住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生（ 歳）		
<p>上記の者は、難聴であり、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>医師名（自署）</p>			