様式第２号（第４条関係）

医師証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生 年  月 日 | 年　　　月　　　日  　　　　　　（　　　　　　歳） |
| 住　所 | 飯島町 | | |
| 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、補聴器の使用が必要と  認める。  　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | |