

第2号様式（第5条関係）

医師の意見書

住 所	垂水市	
氏 名		
生年月日	年 月 日	
聴力レベル	右 (dBHL)	左 (dBHL)
<p>上記の者は、片耳または両耳の聴力レベルが<u>40dBHL以上70dBHL未満</u>で、聴力機能の低下により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ことを認める。</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>		