

様式第2号（第4条関係）

医師意見書

年 月 日

（宛先）佐久穂町長

医療機関名 _____

医 師 名 _____

下記の者は、両耳の聴力レベルが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であることを認めます。

記

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	佐久穂町大字		
【聴力検査結果】 オーディオグラム（聴力検査の結果を示すグラフをいう。）をこの欄又はこの用紙の裏面に貼付するか、右肩の裏面にとじ金具等で留めてください。			