

幕別町中等度難聴者補聴器購入費助成事業医師意見書

【対象者】

氏名		生年 月日	年 月 日
----	--	----------	-------

【耳鼻咽喉科専門医の意見欄】

上記の者は、中等度程度の難聴により補聴器を装用する必要があると認めます。

※該当する項目に☑チェックしてください。

中等度程度の難聴に該当し補聴器を装用する必要がある

右耳 ・ 左耳 （該当する耳に○）

作成日 年 月 日

医療機関  
所在地

名称

医師氏名

㊞