

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	松川村		
聴力	右 db ・ 左 db		
<p>年 月 日</p> <p>【医療機関】 所在地 _____</p> <p>名 称 _____</p> <p>医師氏名 _____ (印)</p> <p>電話番号 _____</p>			

- ・本意見書の記載は，身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限りま
- ・聴力の測定は，平成15年1月10日付け，厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知（障発110001号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害者認定基準）について」に規定する純音オーディオメータ検査によります。