様式第2号(第5条関係)

大洗町長　　　　　様

補助眼鏡等を必要とする医師の証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施術者氏名 |  | 生年月日 | M・T・S　　 年　　月　　日 |
| 施 術 日 | （ 右眼・左眼 ）　　　　　　年　　　月　　　日 | | |

上記の者は，当医が老人性白内障による水晶体の摘出手術を行い，術後の視力矯正のため，（ 補助眼鏡 ・ 特殊眼鏡 ・ コンタクトレンズ )の使用が日常的に必要であることを証明します。

年　　月　　日

医療機関　　所　在　地

　　　　　　医療機関名

　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　印