

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日 生

上記の者は、

精神機能の障害により自動車運転代行業の業務
を適正に実施するに当たって必要な認知、判断
及び意思疎通を適切に行うことができない者

に該当しないことが明らかである旨を診断します。

年 月 日

病院所在地

病院名

医師