

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

印