

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