

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