

# 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