

## 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  
ができる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)