　別記様式第１号 **（例）**

|  |
| --- |
| 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 |