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 |