

(様式第2号)

障害者自動車運転免許取得に関する医師意見書

患者氏名		生年月日	
患者住所	柳川市		
症 状 (現在の加療状況等)			
自動車の運転は 可能か否か	可	・	否
備 考			

以上のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師名

⑩