様式第2号（第4条関係）

医　　師　　の　　意　　見　　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名及び生年月日 | | （　　　　　年　　月　　日生） |
| 住　　　　　　　　　所 | |  |
| 身体障害者手帳 | 番　　　号 | 第　　　　　　号 |
| 障　害　名 |  |
| 等　　　級 | （　　　の　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　級 |
| 現　　状　　等 | 病名または障害等の状況 |  |
| 症　状　等 |  |

　上記の者は、自動車の運転免許（第一種普通免許）を取得し、日常生活において運転を行うことについて、身体機能の現状等から何ら支障のない者と認めます。

年　　　月　　　日

　　担当医師　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　氏　名　（自署）