

# 自動車運転訓練意見書

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

発症日 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断名 \_\_\_\_\_

障害名 \_\_\_\_\_

運転免許取得年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

免許条件 \_\_\_\_\_

所見 (Dr) ※自動車運転に対する情報  
主に、服薬・けいれん発作・高次脳機能障害等について

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院・施設名

医師名

印