

様式第2号(第5条関係)

意 見 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者については、春日市障害者自動車運転免許取得費補助事業により運転免許を取得し、日常生活において常用することについて、現在の症状で何ら支障ないものと認めます。

年 月 日

病 院 名

所 在 地

診 療 科 名

医 師 氏 名

印