

(様式3)

自動車運転に係る診断書

(公立学校共済組合東海中央病院提出用)

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

住 所

上記の者について、

東海中央病院のリワークプログラムに、自動車で通院するに当たって、安全な運転に必要な認知、予測、判断または操作に関する能力を欠くこととなるおそれのある症状
(薬の副作用も含む)を呈していない。

以上の通り診断します。

年 月 日

医療機関の名称・所在地

担当医師名 (自筆)

印