

職業汽車駕駛執照登記書

駕照號碼 (身分證號碼)							印製號碼		駕照類別	小型	大貨	大客	聯結		
姓名					出生日期	年	月	日	性別	男	女	電話	貼照 片處 一寸 正面 半身		
住址	縣市	鄉鎮區	村里	路(街)	鄰	段	巷	弄	號之	(樓)	(室)				
體格檢查	身高	公分		四肢是否健全				醫院							
	體重	公斤		活動能力				醫師							
	視力	左	右	有無惡疾				醫師執照							
	雙眼視力			聽力	左	右	檢查日期								
辨色力			身心狀況 <input type="checkbox"/> 言語精神行為未發現異常 <input type="checkbox"/> 應至精神科或身心科進一步檢查，檢具醫師診斷證明查												
體能測驗	視野			測驗日期				測驗機關				發照日期	年	月	日
	夜視														
報考(換照)證件															
考驗紀錄	科目	筆試			路考		身障鑑定及其他紀錄								
		交通規則	機械常識	場考	特定項目										
	評分														
	簽章	主考員	監考員	考驗員	考驗員	鍵入員	審核員	經辦機關							
	考試日期														

備註：申請人請於背面填寫體檢聲明事項並簽名。

其他記載事項：	<p>1. ※本人聲明並切結，本人瞭解體檢資料可能涉及日後自身權益的保障，爰據實表明有無以下疾病或身體狀況，並同意體檢醫師調閱健保就醫資料、行政機關利用跨機關資料勾稽：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 癲癇</p> <p>2. <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 客觀事實足以認定其身心狀況影響汽車駕駛之虞，經專科醫師診斷認定者。</p> <p>3. <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 其他足以影響汽車駕駛之疾病。(例如：失智症)</p> <p>4. <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 酒精、麻醉劑及興奮劑中毒。</p>	<p style="text-align: center;">左列經本人確認無誤並切結。</p> <p>申請人：</p> <p style="text-align: right;">(本人簽名)</p>
----------------	---	---