

確 認 要 求 書

年 月 日

香川県公安委員会 殿

要求医師

住 所

医療機関名

氏 名

㊟

道路交通法第 101 条の 6 第 2 項の規定により確認を求めます。

患 者	住 所		
	フリガナ		男 ・ 女
	氏 名		
	生年月日 (年齢)	年 月 日生	(歳)

(回答書送付先)

医療機関名	
所在地	〒 -
電話番号	

- 備考 1 要求医師は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 2 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。