

普通汽車駕駛執照登記書

附件 1

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 吋 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			醫 院						
	體 重			公 斤	健 全			醫 師						
	視 力	左	右		活 動 能 力			醫 師						
	雙 眼 視 力				有 無 惡 疾			醫 師 執 照						
辨 色 力				聽 力	左	右	檢 查 日 期							
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													
體能測驗					測 驗 日 期				測 驗 機 關			發 照 日 期	年 月 日	
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			場 考	道 路 駕 駛 考 驗 或 特 定 項 目								
	評 分													
	簽 章	考 驗 員	監 考 員		考 驗 員	監 考 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：

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：

1. 有癲癇 有癲癇(已兩年未發作) 無癲癇

2. 有 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。

3. 有 無 其他足以影響汽車駕駛之疾病。(例如：失智症)

4. 有 無 酒精、麻醉劑及興奮劑中毒。

左列經本人確認無誤並切結。
申請人：

(本人簽名)