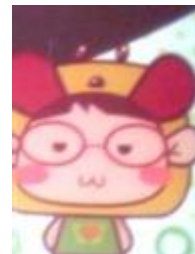


机动车驾驶人身体条件证明

申请人信息	姓 名	张三		性 别	男		出生日期	1981-11-04		国 籍	中国	
	身份证 明名称	身份证			号 码	410325198111040111						
	申 请 / 已 具 有 的 准 驾 车 型 代 号	A1			档案编号	11111111111						
	邮 寄 地 址	联系地址			联系电话	010-1111111						
	本人如实申告：不具有 下列疾病或者情况	<input type="checkbox"/> 器质性心脏病 <input type="checkbox"/> 癲 癇 <input type="checkbox"/> 美尼尔氏症 <input type="checkbox"/> 眩 晕 <input type="checkbox"/> 癭 病 <input type="checkbox"/> 震颤麻痹 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 痴 呆 <input type="checkbox"/> 影响肢体活动的神经系统疾病等妨碍安全驾驶疾病 <input type="checkbox"/> 三年内有吸食、注射毒品行为或者解除强制隔离戒毒措施未满三年，或者长期服用依赖性精神药品成瘾尚未戒除										
医疗机构填写事项	身高(cm)					辨色力	红 绿 色 盲		(医疗机构章)			
							正常					
	视 力	左眼：				是否矫正	否		2015-11-09			
		右眼：					否					
	听 力	佩戴助听装置	左耳：50cm		躯干和颈部	运 动 功 能 障 碍						
		否	右耳：									无
	上 肢	左上肢	正常		下 肢	左下肢		正常				
		右上肢	正常			右下肢		正常				
				双下肢缺失或者丧失运动功能障碍是否能够自主坐立：-								
申请方式	本人申请											
委托代理人信息	姓名				身份证 明名称			号 码				
	联系地址						电 话					



申请人签字：

医生签字：

代理人签字：

[该表样仅供演示，获取完整版本软件，请与网睿科技联系。](#)

[官方网站：www.i-pe.cn](#) [联系电话：18872201090](#) [联系 QQ：79252127](#)

[联系邮箱：service@inethink.com](#)