

# 職業汽車駕駛執照登記書

|   |      |      |     |      |    |        |      |     |           |      |    |      |      |      |                                |    |      |     |   |   |   |
|---|------|------|-----|------|----|--------|------|-----|-----------|------|----|------|------|------|--------------------------------|----|------|-----|---|---|---|
| 駕照號碼<br>(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<br>片處<br><br>一寸<br>正面<br>半身 |    |      |     |   |   |   |
| 住址  | 縣市   |      | 鄉鎮區 |      | 村里 |        | 路(街) |     | 鄰         |      | 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   |      |     |      | 夜視 |        |      |     | 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 |     | 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：

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 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)