

機車駕駛執照登記書

附件 2

駕照號碼 (身分證號碼)											印製 號碼		駕照 類別	輕機	普通重機	大型重機			
姓 名										出生 日期	年	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 健全				醫 院									
	體 重			公斤						醫 師									
	視 力	左		右		活動能力				醫 師 執 照									
	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														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：1. 普通輕機及普通重機考照免體能測驗。 2. 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.	<div>※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. <input type="checkbox"/>有癲癇      <input type="checkbox"/>有癲癇(已兩年未發作)      <input type="checkbox"/>無癲癇 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。 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) 4. <input type="checkbox"/>有    <input type="checkbox"/>無    酒精、麻醉劑及興奮劑中毒。</div>
<div>左列經本人確認無誤並切結。 申請人：  <div>(本人簽名)</div></div>	