



FAX

ご希望に沿った最適なサポート方法を提案したいので、
あなたの事をお聞かせください



ご相談者・続柄

氏名 ()

☐ 本人

☐ 家族 ☐ 親戚 ☐ 友人・隣人 ☐ 病院関係者等

ご本人でない場合の相談者氏名 () ←

1 当センターの事を何で知りましたか？

☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ 病院等からの勧め ☐ 知人からの口コミ
☐ インターネット ☐ SNS ☐ その他 ()

2 『免許取得訓練』を希望されますか？

これから運転免許証を取りたい方

☐ はい ☐ いいえ

3 『習熟訓練』を希望されますか？

免許証は持っているけど運転に不安がある方

☐ はい ☐ いいえ

↓
3が「はい」の方、自動車運転再開にあたって、確認させてください

(1) 運転免許証の有効期限はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

(2) 現在のお体の状況を教えてください

☐ 右手（足）が麻痺又は筋力低下している
☐ 左手（足）が麻痺又は筋力低下している
☐ 両手（足）が麻痺又は筋力低下している

4 運転訓練についてご質問がございましたらご記入ください

ご回答ありがとうございました。

お電話・FAX・郵送にて回答いただいた方には、受け取り次第、当センターの担当職員から折り返し問い合わせさせていただきますので、ご連絡先および連絡方法を併せてお知らせください。

《ご希望の連絡方法》

☐ 電話番号	
☐ FAX番号	



本様式については、当センターのホームページよりダウンロードできます。右のQRコードからアクセスできます。 <https://www.nagano-reha.pref.nagano.lg.jp/shikkan/untan/kunren>