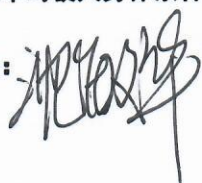


机动车驾驶人身体条件证明

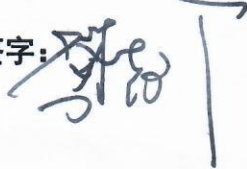
申请人填报事项	姓名	沈敏华		性别	男	出生日期	1967年10月30日			国籍	中国												
	身份证明名称	居民身份证			号码	3	2	0	4	2	1	1	9	6	7	1	0	3	0	6	5	1	0
	申请/已具有的准驾车型代号	A1A2E			档案编号	320400119203																	
	邮寄地址	江苏省常州市新北区顺园新村24幢甲单元201室					联系电话	13606123099															
申告事项	本人如实申告 ☒ 具有 ☐ 不具有 下列疾病或者情况																						
	☐ 器质性心脏病 ☐ 癫痫 ☐ 美尼尔氏症 ☐ 眩晕 ☐ 癔病 ☐ 震颤麻痹 ☐ 精神病 ☐ 痴呆 ☐ 影响肢体活动的神经系统疾病等妨碍安全驾驶疾病 ☐ 三年内吸食、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 上述申告为本人真实情况和真实意思表示，如果不属实本人自愿承担相应的法律责任。																						
医疗机构填写事项	身高(cm)		170			辨色力		红绿色盲 ☐ 有 ☒ 无															
	视力	左眼	5.0	单眼视力障碍 ☐ 是 ☒ 否	优眼水平视野 		是否矫正	☐ 是 ☒ 否															
		右眼	5.0					☐ 是 ☒ 否															
	听力	佩戴助听装置 ☐ 是 ☒ 否		左耳		合格		躯干和颈部	运动功能障碍 ☐ 有 ☒ 无														
				右耳		合格																	
	上肢	左上肢		合格			下肢	左下肢		合格													
右上肢		合格			右下肢			合格															
双下肢缺失或者丧失运动功能障碍是否能够自主坐立 ☐ 是 ☐ 否																							
申请方式		☒ 本人申请 ☐ 委托 _____ 代理申请																					
委托代理人信息		姓名			身份证明名称			号码															
		联系地址						电话															

备注：《机动车驾驶人身体条件证明》自体检之日起6个月内有效。

申请人签字：



医生签字：



代理人签字：



320421196710306510

2020年8月21日

