

裸眼	左	0.	処理区分	00	資料区分	更新	格	更	記変同時	住所	氏名	氏名・住所	本籍	本籍・住所	氏名・本籍・住所	氏名・本籍・住所	生年月日	再交付				
	右	0.																	□□ R1	36	33	県内
眼鏡・コンタクト	両	0.	県外	A1		A3		A5		A7												
矯正	左	0.	条件コード										再交付理由		更新申請県							
	右	0.	免許の条件										住民票	健康保険証	役所通知書	公共料金領収書	特定失効	やむを得ず	なし			
視野	左																1	2	0			
	右																					
深視力	1回	mm											写真貼付 免許証がない場合、又は県外から香川県への住所変更がある方は、写真を貼付してください。 6ヶ月以内に撮影 無紺・正面上三分身 無背景 30×24mm の写真貼付									
	2回	mm																				
聴力・運動能力裏面	3回	mm											連絡先電話番号 市外局番()									
	平均	mm																				
適性検査	合格												病気の症状等申告欄 (裏面)を見て該当番号に○印を記載してください。									
	不合格														1	2	3	4	5	6	7	8
検査者印																						

※ 色のついた部分及び変更のあった箇所を記入してください。

手数料欄別紙

氏名
本籍・国籍
住所

生年月日

受付印

有効欄の色
有効年
交付年月日

取扱者

注意事項

- 1 太線のわく内を、黒色ペン又は黒色ボールペンで記入してください。
- 2 用紙は、汚したり折り曲げたりしないでください。

