

## 運転免許証または身分証明書 医療、聴覚、障害者指定の申請

この書式を使用して、運転免許証および身分証明書 (ID) カードシステムの指示を追加または削除します。

これらの指示によって、伝達手段または医療に関わる緊急事態に影響を与える条件について以下の初期対応の情報がもたらされます。

- ほとんどの法的機関が、当システムから個人を検索する際に指定を確認することができます。
- 医療関係者は免許証または ID カードに印刷された指示を見ることができます。彼らは当社のシステムの情報にアクセスできません。

18 歳未満の場合は、親もまたこの申請に署名しなければなりません。

フォームへの記入が完了したら、このフォームを運転免許証オフィスに持参するか、次の住所まで郵送願います。

**Programs and Services, Record Response**  
**Department of Licensing**  
**PO Box 9030**  
**Olympia, WA 98507-9030**

フォームを郵送する場合、申請を確定させるために当方からご連絡させていただきます。

質問または言語のサポートについてはこちらまでお電話ください: (360) 902-3900

### 申請者情報


現在の運転免許証/ ID カードの記載どおりに氏名を入力するか、活字体で記入 (姓、名、ミドルネーム)			運転免許証または ID カード番号
郵送先住所 (所在地住所または私書箱)			
市	州	郵便番号	日中連絡が付く 10桁の電話番号
当方からの連絡方法 <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 合衆国郵便		Eメール	

### 指示

システム内であなたの名前を使用して関連する指示を選択します。また、オプションで、運転免許証または ID カードの適用可能な記号 (以下に示す) を表示または削除することができます。

システムに表示される指示 (当てはまるものをすべて選択します)


**医療アラート**

  免許証または ID カード、ならびに DOL (Department of Licensing、免許発行局) のシステムに医療アラート記号が表示されます

この記号は免許証/ID カードには表示されませんが、DOL のシステムでは追加/保存されます

DOL のシステム内でこの指示を削除します (免許証または ID カードには今後現れなくなります)


**聴覚障害/難聴**

  免許証または ID カード、ならびに DOL のシステムに聴覚障害/難聴の記号が表示されます

この記号は免許証/ID カードには表示されませんが、DOL のシステムでは追加/保存されます

DOL のシステム内でこの指示を削除します (免許証または ID カードには今後現れなくなります)

**発達障害**

  免許証または ID カード、ならびに DOL のシステムに発達障害の記号が表示されます

この記号は免許証/ID カードには表示されませんが、DOL のシステムでは追加/保存されます

DOL のシステム内でこの指示を削除します (免許証または ID カードには今後現れなくなります)

**X** \_\_\_\_\_ 日付  
 申込者のサイン

**X** \_\_\_\_\_ 日付  
 親/保護者のサイン (申込者が 18 歳未満の場合)

\_\_\_\_\_  
 親/保護者の運転免許証/ID カード番号

\_\_\_\_\_  
 州