|  |  |
| --- | --- |
| **美国华盛顿州驾驶证**  **联邦限制使用** | |
| Photo | 4d 驾驶证号：**XX** 9 准驾车型 捐献器官  1 XX  2 XX  3出生日期：**XX** 4a 签发日期**XX**  8 **XX**  15性别：**男** 18瞳孔：**黑**  16身高：**XX** 17体重：XX  12限制条件：**B** 9a 违章记录：**无**  4b有效期至：**XX**  5 **DD XX**  **REV XX** |

|  |
| --- |
| Photo |
| 准驾车型  违章记录：无 限制条件：B-驾驶时必须佩戴视力矫正眼镜      05/04/1983 若地址有变更，请于10天内通知执照申报部门。 |