

平成 年 月 日

(あて先)

保健所長

住 所

(主たる事務所の所在地)

法人の名称および

代表者の氏名

㊟

疎 明 書

下記の者は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第5条第3号ホに規定する麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でないことおよび同法第5条第3号へに規定する精神機能の障害により、欠格事由に該当する者ではないことを疎明いたします。

記

役 職	氏 名