

年 月 日

法人の主たる  
事務所の所在地

法人の名称

代表者名

㊟

下記の者については、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及び同法第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ないことを疎明いたします。

記

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生