

疎 明 書

次の者は、精神機能の障害により欠格事由に該当する者
又は麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない
ことを疎明いたします。

住所、氏名及び生年月日

(1) 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生

(2) 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生

年 月 日

住 所 法人の主たる
事務所所在地

氏 名 法人の名称及び
代表者氏名