疎明書

住所

氏名

生年月日

上記の者は、精神機能の障がい又は麻薬、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します。

　　年　　月　　日

住所（法人の主たる事務所の所在地）

氏名（法人の名称及び代表者の氏名）