

(参考様式)

疎 明 書

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_

弊社の業務を行う役員の上記の者は、精神の機能の障害はなく、又、麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でないことを疎明いたします。

記

年 月 日

申請者 住 所  
(疎明者) 法人名  
代表者氏名

⑩

愛媛県知事 様  
(愛媛県 保健所長 様)