

# 疎明書

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日生

上記の者は、精神機能に障がいはなく、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。

年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)  
〒

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

(宛先) 秋田市保健所長