

疎明書

住 所

氏 名

生年月日

上記の者は、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（成年被後見人に係る部分を除く。）及びへに該当しないことを疎明します。

平成 年 月 日

法人の所在地

法人の名称

代表者名

印