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号ホ及びへに該当しないことを疎明します。

年　　　月　　　日

法人所在地

法人名称

代表者名

 （記名押印又は署名）