

疎 明 書

住 所

氏 名

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

上記のものは、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）

秋田県知事 あて