様式３

|  |
| --- |
| **診　　　断　　　書**氏 　名 生年月日　　　　　　年　　　　月　　　日  精神機能の障害（□にチェックを付けること）　□　明らかに該当なし　□　専門家による判断が必要　　 専門家による判断が必要な場合において，診断名及び現に受けている治療　  の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。麻薬，大麻，あへん若しくは覚醒剤の中毒（□にチェックを付けること）。　□　なし* あり

上記のとおり診断します。　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 病院等の名　称 　　　　　　　　　　　　　　所在地 　　　　　　　　　　　　医師の氏名 印 |

様式３－１

**疎　明　書**

　　　　　　住　　所

　　　　　　氏　　名

　　　　　　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生

　当社の薬事の業務を行う役員である上記の者は，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号ホに規定する麻薬，大麻，あへん若しくは覚醒剤の中毒者でなく，同法第５条第３号ヘに規定する精神機能精神機能の障害により，欠格事由に該当しないことを疎明します。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　 法人の所在地

 〒

 　　　　　　　　 法人の名称及び代表者の氏名

 

　　　　　　　　　　（連絡先： ）

 注意事項

　　　　　　　 １　代表取締役又は代表執行者が疎明すること。また，外国会社の場合，　　　　　　　　 日本における代表者が疎明しても差し支えありません。

　　　　　　　 ２　１枚の疎明書に複数の役員について疎明しても差し支えありません。