

疎 明 書

平成 年 月 日

岐阜県知事 様

所在地

名 称

代表者氏名

下記の者は、平成 年 月 日現在において、精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意志疎通を適切に行うことができない者又は麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者ではありません。

記

氏 名	
住 所	
氏 名	
住 所	
氏 名	
住 所	