診　　断　　書

住　所

氏　名

年　　月　　日生（　男・女　）

上記の者は精神の機能に障害は認められずかつ、麻薬，大麻，あへん又は覚せい剤の中毒者でないことを診断します。

年　　月　　日

病院又は診療所の　　名　称

所在地

TEL

医師の氏名　　印

誓　　約　　書

年　　月　　日

奈 良 県 知 事　　殿

住　所

氏　名　　印
（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

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号に該当することの有無に関し、下記のとおり相違ないことを誓約します。

記

１　住所及び氏名

２　法第５条第３号イに該当の有無　　有　　無

３　法第５条第３号ロに該当の有無　　有　　無

４　法第５条第３号ハに該当の有無　　有　　無

５　法第５条第３号ニに該当の有無　　有　　無

６　法第５条第３号ホ中成年被後見人に該当の有無　　有　　無

７　法第５条第３号ヘに該当の有無　　有　　無

記　入　例

誓　　約　　書

△△年△月△日

奈良県知事　殿

法人の場合、本社の住所を記入
代表者印（丸印）を捺印。

住　所　奈良市登大路町３０
氏　名　奈良　太郎　　印
（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

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号に該当することの有無に関し、下記のとおり相違ないことを誓約します。

記

自宅住所

１　住所及び氏名
奈良市登大路町３０　　奈良　太郎

代表取締役、及び薬事担当取締役について、連名で記入
……業務分掌表に掲げる役員と整合させてください。

２　法第５条第３号イに該当の有無　　有　無

３　法第５条第３号ロに該当の有無　　有　無

４　法第５条第３号ハに該当の有無　　有　無

５　法第５条第３号ニに該当の有無　　有　無

６　法第５条第３号ホ中成年被後見人に該当の有無　　有　無

７　法第５条第３号ヘに該当の有無　　有　無