

年 月 日

秋 田 県 知 事

殿

本社住所

〒

法人名称

代表取締役

印

## 誓 約 書

(氏名)

(薬局名、店舗名又は区域名)

代表取締役  
弊社は、取締役 \_\_\_\_\_ を弊社の \_\_\_\_\_ の

当該薬局

管理者として下記の条件で 当該店舗 を実地に管理させることを誓約します。

当該区域

記

1 その他業務内容

- 薬局製剤総括製造販売責任者
- 高度管理医療機器等販売業・賃貸業管理者
- 毒物劇物取扱責任者
- その他 ( )

2 勤務場所

(区域管理者は不要)

名 称 :

住 所 :

3 勤務時間

時 分 から 時 分 まで  
(うち休憩時間 時間 分)

4 一週間当たりの通常の勤務時間数 ( ) 時間

5 勤務する曜日 月 火 水 木 金 土 日 (該当の曜日を○)

※勤務時間及び勤務する曜日が不定の場合は、1ヶ月分の勤務表の写しを添付すること