

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

代表取締役 (氏名) (薬局名、店舗名又は区域名)
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 名 称 :
(区域管理者は不要) 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