別紙様式４

誓　　　　約　　　　書

岩手県　　　保健所長　様

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　このたびの管理者兼任許可申請にあたり、次のとおり誓約します。

記

１　誓約事項

・兼任を行う営業所の管理に支障を生じた場合には、他の医薬品営業所管理者を設置するなど速やかに改善すること｡

・分割販売を行わず、麻薬卸売業者の免許を取得せず、また、覚醒剤原料取扱者の指定を受けず、向精神薬を取り扱わないこと。

・医薬品営業所管理者は、少なくとも週に１回以上、定期的に営業所及び代行者の管理状況を実地に管理すること。

・代行者は営業所に常駐する常勤の者とし、該当する営業所の管理に責任を　有する者であり、かつ、取り扱う医薬品に対する知識を有する者であること。

２　営業所の所在地

名　　　　　称

営業所の所在地

名　　　　　称