　　年　　　月　　　日

吹田市保健所長　様

法人の主たる

事務所の所在地

法人の名称及び

代表者氏名

**誓　約　書**

　　　　代表取締役

弊社は、　　　　　　　　　　　　　　　　を弊社の

　　　　取締役

の管理者として下記の条件で当該薬局（店舗）を実地に管理させることを誓約します。

記

１．勤務場所　薬局（店舗）所在地

薬局（店舗）名称

２．勤務時間　　　　　　　時間／週

３．休　　日

４．他の場所において、業として薬局（店舗）の管理その他薬事に関する業務に従事しない。