

別紙様式 1

販売等指定薬物（CBN）用途誓約書

令和●●年●●月●●日

地方厚生（支）局麻薬取締部（支所）長 殿

氏名（法人にあつては
名称及び代表者の氏名） ●●●株式会社 代表取締役●●

住所（法人にあつては
主たる事務所の所在地） 東京都●●●●●

営業所の名称 東京●●店
同所在地 東京都●●区●●●●●

担当者名 ●● ●● 電話（●●●-●●●●●●）

【指定薬物 CBN を販売等する当初の目的について】

- 確認書の交付を受けた患者に販売又は授与するため
- 確認書の交付を受けた患者に販売する事業者の販売又は授与するため
- 確認書の交付を受けた患者又は同患者に販売する事業者の販売又は授与するための CBN を含有する製品を製造するため
- 確認書の交付を受けた患者又は同患者に販売する事業者の販売又は授与するための CBN を含有する製品を輸入するため

今般、指定薬物カンナビノール（CBN）の輸入・製造・販売・授与を行うにあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

- 1 販売等する指定薬物 CBN の用途について
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二条第十五項に規定する指定薬物及び同法第七十六条の四に規定する医療等の用途を定める省令（平成 19 年厚生労働省令第 14 号）第 2 条第 7 号に規定する大臣が認めた用途以外の用途に供しません。
- 2 保管・管理等について
必要最低限の量の入手にとどめるとともに、部外者による盗難や関係者等による不正な持ち出し等が行われないよう適切な管理をし、また、定期報告を行います。
- 3 誓約事項に反することが生じた場合について
仮に誓約事項に反することが生じた場合は、速やかに麻薬取締部に報告するとともに、麻薬取締部が確認した誓約書を返納します。
- 4 有効期間について
本誓約書の有効期間は、麻薬取締部確認日からその日の属する年の翌々年の 12 月 31 日までとし、当該有効期間を超えて継続的に販売等する場合には改めて誓約書を提出します。

以 上

麻薬取締部確認欄
特記事項
確認日 令和 年 月 日
地方厚生（支）局麻薬取締部（支所）

- (注) 1. この誓約書は正副 2 通作成すること。
2. この様式の大きさは日本産業規格 A 4 とすること。