第12号様式(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　(宛先)みなと保健所長  住所  開設者  氏名  電話番号　　(　　　)  ファクシミリ番号　　(　　　) | | | | | | |
|  | | | | 法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 |  | |
| 専属薬剤師免除許可申請書  　　診療所に専属薬剤師を置かないことの許可を受けたいので、医療法第18条ただし書の規定により、下記のとおり申請します。  記 | | | | | | |
|  | 1　名称 | |  | | |  |
| 2　所在地 | | 電話番号　(　)　　　ファクシミリ番号　(　) | | |
| 3　診療科名 | |  | | |
| 4　病床数 | |  | | |
| 5　過去1年間の実績 | 1日平均外来患者数 |  | | |
| 1日平均入院患者数 |  | | |
| 1日平均調剤数 |  | | |
| 処方中最も多い薬品名 |  | | |
| 6　専属薬剤師を置かない理由 | |  | | |
| 備考  　　1　過去1年間の実績がない場合は、推定数で表すこと。  　　2　調剤数は、処方数で表すこと。 | | | | | | |