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。 |