

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 ()

(法人にあつては、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。