

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

申請人(開設者)

印

専属薬剤師設置免除の許可を受けたいので、医療法第 18 条ただし書きの規定により次のとおり申請します。

開設者	(フリガナ)						
	氏名 (法人の場合はその名称)						
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)		TEL				
(フリガナ)							
名称							
開設の場所		TEL FAX					
病床数	種別					計	
所長	課長	副課長	主幹	主査	班員	起案 年 月 日 この申請について許可証を 交付してよろしいか。	
受付印			決裁印			許可年月日	
						年 月 日	
						指令番号	
						指令(医政)第 号	

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

診療科目	一日平均患者数(人)		診療科目	一日平均患者数(人)	
	外来	入院		外来	入院
一日平均調剤数	入院	件	外来	件	計
過去3ヶ月で処方が多い薬品名(5種類)及び数量	薬品名				
	数量	入院			
		外来			
専属薬剤師を置かない理由					
非常勤薬剤師を置く場合、その氏名及び勤務状況など	氏名			登録番号	
	住所			登録年月日	年 月 日
	勤務状況	勤務日		勤務時間	