

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)

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	

- 添付書類：1. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)
2. 所有する医薬品一覧、医薬品の管理が適正に行える体制であることを記載した書類

医師の勤務時間	医師名	日	月	火	水	木	金	土
	(常勤・非常勤)							
	(常勤・非常勤)							
	(常勤・非常勤)							
	(常勤・非常勤)							
	(常勤・非常勤)							
診療科名								
専属薬剤師を置かない理由								
非常勤薬剤師の有無	<input type="checkbox"/> 有 (名：人員数は常勤換算し、小数点第2位を四捨五入し小数点第1位まで記入すること。) <input type="checkbox"/> 無							
非常勤薬剤師を置く場合、その氏名及び勤務状況等	氏名				登録番号			
	住所				登録年月日			
	勤務日・勤務時間							
	氏名				登録番号			
	住所				登録年月日			
	勤務日・勤務時間							