様式第40号

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 | | | | | | | | 〒 　校区  　　　　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（医対）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 | □ 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。）  □ 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 |  | | | | | | | | | | | |