

診療所専属薬剤師免除許可申請

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

開設者 〒 _____
住 所 _____

(ふりがな)
氏 名 _____ 印
(法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名)
(電 話 : _____)

診療所の専属薬剤師の免除について医療法第18条ただし書の規定により許可を受けたいので、次のとおり申請します。

1 名称および所在地

(ふりがな)

(1) 名 称 _____ (電話 : _____)

(2) 所在地 〒 _____
秋田市 _____

2 診療科名

3 従事医師数 _____ 名

4 病床数 _____ 室 _____ 床 (うち療養病床 _____ 室 _____ 床)

5 患者数および調剤数

1日平均外来患者数 (年間)	1日平均入院患者数 (年間)	1日平均調剤数 (年間)

6 専属薬剤師を置かない理由

7 許可後の調剤担当者の資格および氏名 (該当資格に○印を付けてください。)

(1) 資格 医師 ・ 歯科医師 ・ 非常勤薬剤師

(2) 氏名 _____

[備 考]

非常勤薬剤師がいる場合は、勤務時間等、常勤換算ができる書類を添付すること。