

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

(あて先) 名古屋市長

開設者 住所

氏名
(TEL FAX)

(法人の場合は、その名称、主な事務所の所在地及び代表者の職・氏名)

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

1 名称等

名 称	
所 在 地	(TEL FAX)
診 療 科 名	
病 床 数	

2 専属薬剤師を置かない理由

--

3 許可を受けた後の調剤担当者

氏 名		医師・非常勤薬剤師
-----	--	-----------

4 過去 1 年間の月別患者数及び調剤数

		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	計	1日平均
患者数	入院														
	外来														
調 剤 数															

注 調剤数は、投薬日数には関係なく、例えば水薬と散薬を 1 処方ずつ調剤した場合は、2 剤としてください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。