

診療所専属薬剤師設置免除許可申請書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所.....

氏名.....

電話..... ()

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、専属薬剤師の設置を免除したいので、医療法第 18 条ただし書及び同法施行規則第 7 条の規定により申請します。

1. 診療所の名称	(フリガナ).....			
2. 開設の場所	所在地	〒.....		
	電話	()	FAX	()
3. 診療科目				
4. 専属薬剤師を配置しない理由				
5. 精神及び療養病床に係る病室の 1 日平均入院患者数	人			
6. 上記の病室以外の病室の 1 日平均入院患者数	人			
7. 外来患者に係る 1 日平均取扱い処方せん数 (院外処方せんを除く)	剤			

※上記 5～7 の 1 日平均入院患者数等は、直近 6 か月間の平均を記載してください。

※保健所受付印