

様式第 10 号(第 7 条関係)

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

(あて先) 富山市保健所長

住所(所在地)

開設者

氏名(名称及び代表者の氏名)

印

電話 ( )

専属の薬剤師を置かないことについて許可を受けたいので、医療法第 18 条ただし書の規定により次のとおり申請します。

名 称			
開設の場所			
診 療 科 目		病 床 数	病 室 室 床
			療養病室 室 床
患者数及び 調 剤 数	1 日平均外来 患者数	1 日平均入院 患者数	1 日 平 均 調 剤 数
専属薬剤師 を置かない 理由			

備考 患者数及び調剤数については、過去 1 年間の 1 日平均数(開設後 1 年に満たないときは推定数)を記入してください。