

様式第 10 号(第 7 条関係)

専属薬剤師設置免除許可申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 富山市保健所長

住所(所在地)

富山市新桜町 7 番 3 8 号

開設者

氏名(名称及び代表者の氏名)

医療法人(社) 〇〇〇〇会

理事長 富山 一郎 ㊟

電話 076(111)1111

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	〇〇〇〇クリニック		
開設の場所	富山市〇〇町〇〇番地		
診療科目	眼科	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
	80人		3
専属薬剤師を置かない理由	検診、眼鏡の処方が診療の中心であることと、院外処方を基本としていることで調剤数が少ないため。		

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。