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)

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。