

診療所専属薬剤師設置免除許可申請書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

電話.....

(法人の場合、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	開設場所	〒 .....	
	電話	.....	F A X .....
3. 診療科目		.....	
4. 病床数		..... 床	
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)		..... 枚	
8. 専属薬剤師を設置しない理由		.....	

※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。

堺市保健所受付印