

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

(宛先) 金沢市保健所長

住 所
開設者
氏 名
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名〕

専属の薬剤師を置かないことの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申請します。

名 称			
開 設 の 場 所	金沢市		
診 療 科 名			
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
専属の薬剤師を置かない理由			

備考 患者数及び調剤数について、過去 1 年間の実績がない場合は、推定数で記入すること。