

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

(あて先)

一 宮 市 保 健 所 長

開設者 住 所

氏 名

(法人にあっては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

次のとおり、専属薬剤師の設置免除を許可してください。

1 設置免除を受けようとする病院又は診療所

名 称	
所 在 地	
診 療 科 目	
病 床 数	床

2 専属薬剤師を置かない理由

3 許可後の調剤担当者

氏 名		医師・非常勤薬剤師
-----	--	-----------

4 前年度の月別入院患者数、外来患者に係る取扱処方せん数、調剤数

		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	計	前年度 診療日数	1日平均
入 院 患 者 数	療養病床以外															
	療養病床															
外 来 患 者 に 係 る 取 扱 処 方 せ ん 数																
調 剤 数																

記入上の注意

- 1 外来患者に係る取扱処方せんとは、その名称のいかんを問わず、病院又は診療所内の調剤所で薬剤師が外来患者に投与する薬剤で調剤するために必要な文書等をいう。
- 2 調剤数は、投薬日数には関係なく、例えば水薬と散薬を1処方ずつ調剤したときは、2剤とすること。