

様式第 14 号

年 月 日

(あて先) 山形市保健所長

郵便番号
開設者 住 所
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)
電話番号

専属薬剤師設置免除許可申請書

病院（診療所）に専属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下記のとおり申請します。

記

1 名 称	
2 開設の場所	〒 電話
3 診療科目	

4 病床数

一 般	療 養	精 神	結 核	感 染 症	合 計
室 床	室 床	室 床	室 床	室 床	室 床

5 過去 1 年間の 1 日平均調剤数

入 院	外 来	合 計

6 専属薬剤師を置かない理由

--

注意事項

当該施設が開設して 1 年に満たない場合には、開設の時から現在までにおける調剤数の 1 日平均について記入すること。