

専属薬剤師免除許可申請書

年 月 日

(宛先) 前橋市保健所長

住所 (法人所在地)

開設者

氏名 (法人名・代表者名)

医療法施行規則第7条の規定により、下記のとおり専属薬剤師免除許可を申請します。

名 称				
所在地	〒 (電話)			
診療科名				
病床数	室 床			
過去1年間の 1日平均患者数	入院		外来	
過去1年間の 1日平均調剤数	入院		外来	
処方中特に多い薬品名				
専属薬剤師を 置かない理由				

注 開設後1年に満たないときは、患者数及び調剤数は、推定数によること。