

年 月 日

葛飾区保健所長 あて

開設者 住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

電 話 （ ）

FAX （ ）

専 属 薬 剤 師 免 除 許 可 申 請 書

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	葛飾区 電話番号 （ ）                      ファクシ番号 （ ）	
3 診 療 科 名		
4 病 床 数	床	
5 過 去 1 年 間 の 実 績	1日の平均 外来患者数	人/日
	1日の平均 入院患者数	人/日
	1日の平均 調 剤 数	
	処方中最も 多い薬剤名	
6 専 属 薬 剤 師 を 置 か な い 理 由		

備考

- 1 過去1年間の実績がない場合は、推定数で表すこと。
- 2 調剤数は、処方数で表すこと。