

病院 診療所 専属薬剤師設置免除許可申請書

(※該当しない項目を二重線で消してください)

(宛先)
広島市保健所長

開設者住所 _____
(電話)

氏名 _____
(法人にあつては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

専属の薬剤師を置かないことについて、医療法第18条の規定により申請します。

名 称			
開 設 の 場 所	広島市 区	(電話)	(E-mail)
診 療 科 名			
病 床 数	床	過去1年間の1日 平均外来患者数	人
過去1年間の1日平均入院患者数	人	過去1年間の1日 平均調剤数	剤
薬剤師を置かない理由			
非常勤薬剤師氏名		非常勤薬剤師の 勤務する日時	
担当者所属・氏名等	(電話)		

- ※ 病床数は病院のみ記入してください。
- ※ 軽微な誤記明らかな誤字脱字、記載漏れは市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

(添付書類)

- 1 非常勤薬剤師を設置する場合は、薬剤師免許証の写し(又は原本提示)
- 2 調剤数の算定根拠を示した書類
- 3 具体的な調剤内容を示した書類

◎ここから下には記入しないでください。

(書類審査・施設検査)

受付印	審査・検査年月日	審査・検査者	許可年月日	特記事項
	施設基準等 適・否		指令番号 広島市指令保環特第 号	
	(受付)	(伺い)		
	係	係	係長	課長
			照合	公印
				施行