

診療所専属薬剤師設置免除許可申請書

令和 年 月 日

大阪市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職名・氏名)

下記のとおり専属薬剤師の設置を免除されたく医療法第18条及び同法施行規則第7条の規定により申請します。

1. 開設者の 住所・氏名	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話	( )		
2. 診療所の 名 称	(フリガナ)			
3. 開設の場所	開設場所	〒		
	電 話	( )	F A X	( )
4. 診療科目				
5. 病床数	床			
6. 精神及び療養病 床に係る病室の 1日平均入院患 者数	人			
7. 上記の病室以外 の病室の1日平 均入院患者数	人			
8. 外来患者に係る 1日取扱い処方 せん数(院外処方 せんを除く)	枚			
9. 専属薬剤師を 設置しない理由				
10. 添付書類	なし			

※上記6～8の1日平均入院患者数等は、直近6か月間の平均を記載してください。

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号