|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日葛飾区保健所長　　あて開設者　住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）　　　　　氏　名（法人にあっては、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 （ ） ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 （ ） |
| 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。