

様式 10

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

(宛先) 札幌市保健所長

住所
開設者
氏名

〔 法人にあっては、その名称、主たる
事務所所在地及び代表者氏名 〕

専属の薬剤師を置かないこととする許可を受けたいので、医療法施行規則第7条の規定により、次のとおり申請します。

記

- 1 名称
- 2 所在地
- 3 診療科名
- 4 病床数
- 5 過去1年間の1日平均患者数

診療科別 患者数												計
入院												
外来												

- 6 過去1年間の1日平均調剤数（処方数）
- 7 専属薬剤師を置かない理由

注 開設1年未満の場合は、5及び6の欄には、開設のときから現在までにおける数をそれぞれ記載してください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。