

様式第17(第12条関係)

太わく内を記入してください。

専 属 薬 剤 師 設 置 免 除 許 可 申 請 書					年 月 日
鹿児島市保健所長 殿					開設者住所 (法人であるときは、主たる事務所の所在地)
次のとおり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申請します。					開設者氏名 (法人であるときは、その名称及び代表者の氏名)
名称				過去1年間の処方中最も多い薬品名	
所在地					
診療科名					
過去1年間の1日平均外来患者及び入院患者数	種 別		病 室	病 床	理 由
	外 来	入 院			
過去1年間の1日平均調剤数				備 考	

本申請について、許可してよろしいか。(年 月 日 起案)

年 月 日 決 裁							保 受 健 付 所	
所 長		課 長		係 長		係		

許 可 番 号	指 令	第	号	許 可 年 月 日	年 月 日
---------	-----	---	---	-----------	-------