

様式第29号(第2条関係)

専属薬剤師免除許可申請書

年 月 日

(宛先)静岡市保健所長

住所〔法人にあっては、その
主たる事務所の所在地〕

開設者

氏名〔法人にあっては、その
名称及び代表者の職氏
名〕

電話

次により専属薬剤師を置かないことについて許可を受けたいので、医療法第18条ただし書の規定に基づき申請します。

病院(診療所) の 名 称	
開 設 の 場 所	
診 療 科 名	
病 床 数	
1日平均調剤数	
外来患者に係る 取扱処方せん数	
専属薬剤師を置 か ない 理 由	