

第12号様式

専属薬剤師免除許可申請書

年 月 日

船橋市保健所長 あて

開設者住所(法人の場合は主たる事務所所在地)

開設者氏名(法人の場合は名称、代表者職氏名)

印

電話番号 ()

下記のとおり専属薬剤師の設置を免除したいので申請します。

記

1 名称		電話番号	
2 所在地			

3 診療科名

4 患者の入院定員

療養	その他	合計
床	床	床

5 1日平均外来患者数、入院患者数及び調剤数

6 専属薬剤師を置かない理由