

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

藤沢市保健所長

住 所 (法人であるときは、主)
たる事務所の所在地

開設者

氏 名 (法人であるときは、名)
称及び代表者氏名

次のとおり専属薬剤師の設置免除の許可を申請します。

- 1 名 称
- 2 所 在 地
- 3 診療科名
- 4 病 床 数
- 5 1日平均の外来患者に係る取扱処方せん数並びに病床種別及び各科別の入院患者数及び取扱処方せん数
- 6 専属薬剤師を置かない理由

備考

「1日平均の外来患者に係る取扱処方せん数並びに病床種別及び各科別の入院患者数及び取扱処方せん数」は、過去6箇月間の平均値としてください。ただし、新規開設又は再開の場合は、推定数を記入してください。