

（あて先）八戸市保健所長

郵便番号  
開設者 住 所  
氏 名  
（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）  
電話番号

### 専属薬剤師設置免除許可申請書

専属の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、次のとおり申請します。

診療所の 名称等	名称						
	所在地	〒  (電話) (FAX)					
	診療科目						
病床数	精神病床	感染症病床	結核病床	一般病床	療養病床	合 計	
	床	床	床	床	床	床	
診療科別入 院患者数	診療科別						計
	年 月 日現 在の入院患者数						
過去 1 年間 の 1 日の平 均患者数	診療科別 患者数						
	入院						
	外来						
過去 1 年間の 1 日平均 処方箋数							
専属薬剤師を置かない理由							
連絡先等	名称						
	所在地	〒  (電話) (FAX)					
	担当者職氏名						

注意事項

当該施設が開設して 1 年に満たない場合には、開設の時から現在までにおける患者数及び処方箋数の 1 日平均について記入すること。