

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

住 所

申請者

氏 名

(法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の職氏名)

電話番号() -

下記のとおり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申請します。

記

名 称						
所 在 地						
診 療 科 名						
病 床 数	床					
過去年間の1日 平均入院患者及び 外来患者数	入 院 患者数	1日当たり	人	外 来 患者数	1日当たり	人
過去1年間の1日 平均調剤数	入 院 調剤数	1日当たり	調剤	外 来 調剤数	1日当たり	調剤
専属の薬剤師を 置かない理由						

注 1 氏名(法人にあっては、代表者氏名)を記載し、押印することに代えて、自署することができる。

2 開設後1年に満たないときは、過去1年間の1日平均の入院患者数、外来患者数及び調剤数は推定数によること。

届出等の書類に記載されている個人情報については、当該業務以外の目的には使用しません。また、第三者に提供しません。
なお、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。