第35号様式(第27条関係)

専属薬剤師設置免除許可申請書

年　　月　　日

　　大分県知事　　　　殿

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 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1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。