

様式第4号

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

広島県知事様

開設者 住所
氏名

次のとおり専属の薬剤師を置かないことを許可してください。

病 院 の 名 称 診 療 所				
病 院 の 所 在 地 診 療 所				
診 療 科 目				
病 床 数	床	患 者 数	過去1年間の1日平均 入院患者数	人
			過去1年間の1日平均 外来患者数	人
過去1年間の1日平均調剤数			剤	
専属薬剤師を置かない理由				
非常勤薬剤師 氏 名			勤務す る日時	

- 注 1 不用の文字は、消すこと。
2 病床数の欄には、病院である場合にのみ記入すること。
3 過去1年間の1日平均調剤数の欄には、投薬日数のいかにかわらず、1処方
方を1剤として計算し、不明のときは、予想数を記載すること。
4 非常勤薬剤師の欄には、1日平均調剤数が40剤未満であつて、非常勤の薬剤
師を置いている場合に記載すること。
5 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。