

別記様式第19号(規格A4)(第4条関係)

専属薬剤師免除許可申請書

年 月 日

群馬県知事

あて

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

開設者

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の職氏名) 印

医療法第18条ただし書の規定により、専属薬剤師免除許可を次のとおり申請します。

名 称				
所 在 地	電話() 番			
診 療 科 名				
病 床 数	室 床			
過去1年間の1日平均患者数	入院		外来	
過去1年間の1日平均調剤数	入院		外来	
処方中特に多い薬品名				
専属薬剤師を置かない理由				

添付資料

診療に従事する医師の氏名、一週間の勤務時間等が確認できる資料(参考様式)を添付すること。

注 開設後1年に満たないときは、患者数及び調剤数は、推定数によること。

(参考様式)

診療に従事する医師名簿

氏名	免許		就 職 年月日	常勤・ 非常勤 の 別	1週間の 勤務時間	常 勤 換算数
	登録年月日	登録番号				