第１９号様式

専属薬剤師設置免除許可申請書

　　年　　月　　日

(あて先)川崎市長

住所

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 |  |

電話番号

　次のとおり専属薬剤師の設置の免除の許可を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | | | | 電話 | |  |
| 所在地 |  | | | | | | | |
| 診療科名 |  | | | | | | | |
| 病床数 | 床 | | | | | | | |
| 1日平均の調剤数及び外来患者に係る取扱処方せん数並びに各科別の入院患者数及び外来患者数 | | | | | | | | |
| 処方せん数 | | 枚 | | 調剤数 | 剤 | | | |
| 科名 | | | 入院患者数 | | | | 外来患者数 | |
| 科 | | | 人 | | | | 人 | |
| 専属薬剤師を置かない理由 | | | | | | | | |

(注意)　｢1日平均の調剤数及び外来患者に係る取扱処方せん数並びに各科別の入院患者数及び外来患者数｣は、過去6箇月間の平均値を記載してください。

　　　ただし、新規開設又は再開の場合は、推定数を記載してください。