

### 診療所専属薬剤師配置免除許可申請

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 \_\_\_\_\_  
(法人にあつては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)  
開設者氏名 \_\_\_\_\_  
(法人にあつては、名称及び代表者の職氏名)  
電 話            -            -            ( 担 当 :            )

次のとおり診療所専属薬剤師配置の免除について、医療法第18条ただし書きの規定に基づき申請します。

1 診療所の名称	
2 診療所の所在地	〒            -            - TEL            -            -            FAX            -            -
3 診療科目	
4 病床数	室                      床
5 1日平均調剤数	<u>入 院</u> <u>外 来</u> _____
6 専属の薬剤師を置かない理由	
7 非常勤薬剤師の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ 名 : 常勤換算し整数とする ) <input type="checkbox"/> 無

[提出数] 2部 (申請書一式)

[添付書類]

直近1年間の調剤数が月別でわかる書類 (新規開設時は見込み数)

<非常勤薬剤師がいる場合>

非常勤薬剤師の勤務表の写し

非常勤薬剤師の免許証写し (原本照合不要)