診　様式８

診療所専属薬剤師設置免除許可申請

令和　　年　　月　　日

尼崎市保健所長　様

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

（ふりがな）
開設者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（法人にあっては、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設置の免除について、医療法第１８条の規定に基づき申請します。

１　診療所の名称（ふりがな）	
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	入　院＿＿＿＿＿＿　　外　来＿＿＿＿＿＿
６　専属の薬剤師を置かない理由	
７　非常勤薬剤師の有無	□　有（＿＿＿名：人員数は常勤換算し、端数切り上げの整数を記入すること。） □　無

尼崎市指令　（保企）第　　号

診療所専属薬剤師設置免除許可証

令和　　年　　月　　日

尼崎市保健所長　　鈴井　啓史

注）１　この申請書一式を２部提出すること。
　　２　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。