

専属薬剤師免除許可申請書

年 月 日

千葉県知事 様

(千葉県 保健所長 様)

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）〒

電話 ()

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

下記のとおり専属薬剤師の設置免除を許可されたく申請します。

記

(ふりがな)		電話	()
1. 名 称			
2. 所 在 地	〒		

3. 診 療 科 名

4. 患者の入院定員

精 神	感 染 症	結 核	療 養	一 般	合 計
床	床	床	床	床	床

5. 1日平均外来患者数、入院患者数、調剤数

6. 専属薬剤師を置かない理由

注 意：診療所は、申請あて名を所轄保健所長とすること。