

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

開設者 住 所

氏 名

〔 法人であるときは、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

印

専属の薬剤師の設置免除許可について (申請)

専属の薬剤師を置かないことの許可を受けたいので、医療法施行規則第7条の規定により、次のとおり申請します。

- 1 名称及び所在地
- 2 診療科名
- 3 病床数
- 4 専属の薬剤師を置かない理由