

【様式第 18 号】

専属薬剤師設置免除許可申請書

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

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

| | |
|-------|-------|
| (名 称) | (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

| |
|--|
| |
|--|

【文書作成責任者等の連絡先】

(住 所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号：

メールアドレス：