

専属薬剤師設置免除許可申請書

(A4判)

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
- 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：