様式第１６号

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：