

様式第12号（第2条関係）

専属薬剤師設置免除許可申請書					
岩手県 保健所長 様	申請年月日		年 月 日		
	開設者住所 〔法人であるときは、主たる事務所の所在地〕				
	開設者氏名 〔法人であるときは、名称並びに代表者の職名及び氏名〕				
名称					
所在地					
開設年月日					
診療科名					
病 床 数			過去1年間の患者数及び調剤数等		
一 般	室	床	1日平均外来患者数	人	
療 養	室	床	1日平均入院患者数	人	
精 神	室	床	1日平均調剤数	剤	
感 染	室	床	処方中特に多い 薬品名		
結 核	室	床			
計	室	床			
専属薬剤師を置かない理由					

備考 開設後1箇年に満たないときは過去1年間の欄には推定数を記載すること。