第２４号様式（第２条関係）

専属薬剤師免除許可申請書

年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　開設者　住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、医療法第１８条ただし書の許可を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | |  | | | |
| 所在地 | | 電話番号　　　　　　　　　 ＦＡＸ番号 | | | |
| 開設年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 診療科目 | |  | | | |
| 病床数 | | 室　　床　　　室　　床　　　計　　室　　床 | | | |
| 過去１年間 | １日平均外来患者数 | |  | １日平均入院患者数 |  |
| １日平均調剤数 | |  | | |
| 処方中特に多い薬品名 | |  | | |
| 専属薬剤師を置かない理由 | | | | | |
|  | | | | | |

備考　開設後１月に満たないときは、過去１年間の欄には推定数を記入すること。