明診　様式第１５号

**診療所専属薬剤師配置免除許可申請**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり診療所専属薬剤師配置の免除について、医療法第１８条ただし書きの規定に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　-　　　　 |
| ３　診　療　科　目 |  |
| ４　病　　床　　数 | 室　　　　　　床 |
| ５　１日平均調剤数 | 入　院　　　　　　　　　　外　来　　　　　　　　 |
| ６　専属の薬剤師を置かない理由 |  |
| ７　非常勤薬剤師の有無 | □　有（　　　名：常勤換算し整数とする）□　無 |

〔提出数〕2部（申請書一式）

〔添付書類〕

□直近1年間の調剤数が月別でわかる書類（新規開設時は見込み数）

＜非常勤薬剤師がいる場合＞

□非常勤薬剤師の勤務表の写し

□非常勤薬剤師の免許証写し（原本照合不要）