

専属薬剤師設置免除許可申請書

年 月 日

(宛先)
大津市保健所長

開設者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり専属の薬剤師を置かないことについて許可を受けたいので、医療法第18条ただし書の規定により申請します。

診療所（助産所）の名称	(フリガナ)	
診療所（助産所）の所在地	所在地	
	電話番号	
診療科名		
専属薬剤師を置かない理由		

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。