

第10号様式

専 属 薬 剤 師 免 除 許 可 申 請 書			
1 名 称		電話番号	局 番
2 所 在 の 場 所			
3 診 療 科 名			
4 過去1年間の患者数調剤数の状況	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	〔処方数で表 わすこと〕	
	処方した最も多い薬品名		
5 専 属 薬 剤 師 を 置 か な い 理 由			
<p>上記により専属薬剤師を置かないことを許可して下さいをお願いします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>鳥取県西部総合事務所長 様</p>			