別記様式第１９号（規格Ａ４）（第４条関係）

年　　月　　日

　　　群馬県知事　　　　　あて

住所（）

開設者

氏名（）

　　医療法第18条ただし書の規定により、専属薬剤師免除許可を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | | |
| 所在地 | 電話（　　）　　―　　　番 | | | |
| 診療科名 |  | | | |
| 病床数 | 室　　　　床 | | | |
| 過去１年間の１日平均  患者数 | 入院 |  | 外来 |  |
| 過去１年間の１日平均  調剤数 | 入院 |  | 外来 |  |
| 処方中特に多い薬品名 |  | | | |
| 専属薬剤師を置かない  理由 |  | | | |

　添付資料

　　診療に従事する医師の氏名、一週間の勤務時間等が確認できる資料（参考様式）を添付すること。

注　開設後１年に満たないときは、患者数及び調剤数は、推定数によること。

（参考様式）

診療に従事する医師名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 免許 | | 就　職  年月日 | 常勤・  非常勤  の　別 | １週間の勤務時間 | 常　勤  換算数 |
| 登録年月日 | 登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |