**診療所専属薬剤師免除許可申請書**

令和　　　　年　　　　月　　　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　次のとおり専属薬剤師免除の申請をしたいので、医療法第１８条の規定に基づき申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 診療所の名称 |  |
| ２ | 診療所の所在地 | ℡　（　　　　　　）　　　　　　　－ |
| ３ | 診療科目 |  |
| ４ | 病床数 | 床 |
| ５ | １日あたりの調剤数 | 入院　　　　　　　　　　　　　　　　外来 |
| ６ | 専属薬剤師を置かない理由 |  |

注１）医師が常時３名以上勤務する診療所において、専属薬剤師を置かない場合に提出してください（許可要件あり）。

　　　個人開設の診療所において、従業者の定員に変更があった場合は「診療所従業者定員変更届」、従事する医師・歯科医師に変更があった場合は「診療所医師・薬剤師変更届」を提出してください。

　　 法人等開設の診療所において、従業者の定員に変更がある場合は、事前に「診療所従業者定員変更許可申請」を提出してください。

注２）提出部数・・・・・３部（診療所控１部含む）　　　提出先・・・・・保健センター（各区役所内）

注３）「項目５の１日あたりの調剤数」は最近1年間の1日平均調剤数(新設の場合は推定数)を記入してください。

　　　その算出方法は、年間の入院及び外来別の調剤延数をそれぞれ暦日及び外来日数で除した数とします。

**２１・1/1**