

第14号様式(第19条関係)

年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

住所(所在地)

申請者

氏名(名称及び代表者氏名)

専属薬剤師免除許可申請書

専属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次のとおり申請します。

記

病院・診療所の名称	
開設の場所	
診療科名	
病床数	
1日平均調剤数	
専属薬剤師を置かない理由	