

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 1 8 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	