様式第20号

**専 属 薬 剤 師 設 置 免 除 許 可 申 請 書**

令和　　　年　　　月　　　日

いわき市長

開設者住所　〒

電　　話

　下記により、専属薬剤師を置かないこととしたいので許可してください。

記

１　名称(ふりがな)

２　所在地

〒

TEL　　　　　－　　　　－　　　　　　FAX　　　　　－　　　　－

E-mail

３　診療科名

４　病院であるときは、病床数　　　　　　　　　　　　　　　　　　床

５　専属薬剤師を置かない理由

６　過去1年間の1日平均調剤数(処方数で表すこと。)　　　　　　　　件