**第47号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

法人の場合は、主たる事務所の所

在地、名称及び代表者の職・氏名

病院（診療所）専属薬剤師免除許可申請書

病院又は診療所に置く専属の薬剤師について医療法第18条ただし書の許可を受けたいので、医療法施行規則第７条の規定により下記のとおり申請します。

記

１　病院又は診療所の開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称）

２　病院又は診療所の名称

３　病院又は診療所の所在の場所及び電話番号

４　病院又は診療所の診療科名

５　病院又は診療所の病床数

６　病院又は診療所に専属の薬剤師を置かない理由

７　過去１年間の１日平均の外来患者数及び入院患者数

８　過去１年間の１日平均の調剤数（処方数で記入してください。）

９　過去１年間の処方で最も多かった薬品名

10　その他必要な事項

注　７欄から９欄までについては、病院又は診療所の開設後１年に満たないときは、推定数で記入してください。