様式第１７号（第７条関係）

年　　月　　日

高松市保健所長

開設者　住　所

氏　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名）

専属薬剤師免除許可申請書

次のとおり専属の薬剤師を置かないことの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申請します。

名称		TEL：
所在地		（〒　－　） 高松市
開設年月日		年　月　日
診療科名		
病床数		
過去１年間の１日平均患者数	外来患者数	
	入院患者数	
過去１年間の１日平均調剤数		
過去１年間の処方中特に多い薬品名		
専属薬剤師を置かない理由		