

(記載例)

第 10 号様式（第 8 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦長型）

専属薬剤師設置免除許可申請書

令和〇年〇月〇日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所 〇〇市△△ 〇丁目□□□□
氏 名 〇〇 〇〇

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

(XXX) XXX-XXXX

住所に関して神奈川県以外の場合は、
都道府県名から記載してください

次のとおり専属薬剤師の設置免除の許可を申請します。

名 称	△△クリニック		許可・届出済みの正式名称を 記載してください
所 在 地	〇〇市△△ 〇丁目〇〇 □□ビル		
診 療 科 名	内科		
病 床 数	床		
1 日平均の外来患者に係る取扱 処 方 箋 数	XX		
病床種別及び各科別の入院患者 数 及 び 取 扱 処 方 箋 数			
専属薬剤師を置かない理由	単科の診療所で調剤内容が単純で調剤件数が少ないため		

備考 「1 日平均の外来患者に係る取扱処方箋数」及び「病床種別及び各科別の入院患者数及び取扱処方箋数」は、
過去 6 か月間の平均値としてください。ただし、新規開設又は再開の場合は、推定数を記入してください。

添付書類にもれが無いか確認してください