

## 専属薬剤師免除許可申請書

年 月 日

(あて先) 京 都 市 長

開設者の住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)  
〒

電話 ( )

開設者の氏名(法人にあっては、法人の名称及び代表者名)

下記のとおり、専属薬剤師の設置免除の許可を申請します。

記

|       |        |
|-------|--------|
| 1 名 称 | 電話 ( ) |
| 2 所在地 | 〒      |

3 診 療 科 名

4 病床数

| 一般 | 療養 | 精神 | 結核 | 感染症 | 合計 |
|----|----|----|----|-----|----|
| 床  | 床  | 床  | 床  | 床   | 床  |

5 1日平均の外来患者数、入院患者数及び外来患者に係る取扱処方せん数

6 専属薬剤師を置かない理由