

様式第 29 号（第 2 条関係）

専属薬剤師免除許可申請書

年 月 日

（あて先）静岡市保健所長

住 所

〔法人にあつては、その主  
たる事務所の所在地〕

開設者

氏 名

〔法人にあつては、その名  
称及び代表者の職、氏名〕

電話番号

次により専属薬剤師を置かないことについて許可を受けたいので、医療法第 18 条  
ただし書の規定に基づき申請します。

病院（診療所）の名称	
開 設 の 場 所	
診 療 科 名	
病 床 数	
1 日 平 均 調 剤 数	
外来患者に係る取扱処 方せん数	
専属薬剤師を置かない 理由	

（注） 開設者氏名欄には、開設者が署名し、又は記名押印してください。ただし、  
開設者が法人の場合は、記名押印してください。