

様式第3号

| | |
|---------------------------|--|
| 病院（診療所）専属薬剤師設置免除許可申請（通知）書 | |
| 年 月 日 | |
| （あて先）松山市保健所長 | |
| 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） | |
| 開設者（管理者） | |
| 氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） | |
| 病院（診療所）の名称 | |
| 病院（診療所）の所在地 | |
| 診療科名 | |
| 病院であるときは、病床数 | |
| 専属の薬剤師を置かない理由 | |

注1 不要の文字は、抹消すること。

2 開設者（法人を除く。）又は管理者は、記名押印に代えて署名することができる。

3 保健所長が必要と認める書類を添付すること。