様式第七（第十七条関係）

取扱処方箋数届書

|  |  |
| --- | --- |
|  | **（函保地）第　　　　　号　　　　　　　年　　月　　日** |
|  |  |
|  | 　**函館市** |
|  | **令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日****業務日数　　　　　　日** |
| 総取扱処方箋数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　**枚** |
|  |  **必要な薬剤師　　　　　名（人数（整数）を記載）** **現在の薬剤師　　　．　名（人数を記載）**※ **薬剤師不足となる場合は経緯，理由，今後の対策**※非常勤がいる場合，常勤換算数を加算。 |

　上記により，取扱処方箋数の届出をします。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　住　所（）

　　　　　　　　　氏　名（）

　　市立函館保健所長　様

　　　　　　　　連絡先：　電話　　　－　　　　　担当者