

(別紙様式9)

医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた医薬品の投与 の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

(医療機関（薬局）コード：)
保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名 印

近畿厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1. 医薬品等

成分名	販売名	効能・効果	用法・用量	医薬品医療機器等法の承認年月	患者からの徴収額

2. 薬剤師の勤務状況

氏名	勤務時間	氏名	勤務時間