

(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

保険医療機関コード

〒 -

保険医療機関の  
所在地・連絡先

Tel ( ) -

保険医療機関名称

開設者名 印

東北厚生局長 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
					円
					円
					円
					円
					円

## 2. 薬剤師の勤務状況

氏名	勤務時間	氏名	勤務時間