

(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。

令和 年 月 日

連絡先 担当者： 電話番号：	保険医療機関・ 保険薬局の 所在地及び名称 開設者名
----------------------	-------------------------------------

関東信越厚生局長 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