（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

（医療機関コード：　　　　　　　）

保険医療機関・

連絡先

担当者：

電話番号：

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |