（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  |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|     |     |     |     |