（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：　　）

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