

(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・  
保険薬局の  
所在地及び名称

開設者名

印

(法人の場合は、法人印)

(連絡先) TEL ( ) -

四国厚生支局長 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