

(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

⑨

(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