

(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

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

東北厚生局長 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 |
|----|------|----|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |