様式40

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤師 | | 常　勤（２名以上）　 名 | | | 非常勤　　　 名 |
| 無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積  （５平方メートル以上） | | | | 平方ﾒｰﾄﾙ | |
| 無  菌  処  理  施  設 | １　無菌室  ２　クリーンベンチ  ３　安全キャビネット　 （番号に○をつけること。） | | | | |
|  | |  | | |
| 空気清浄度、集塵効率等 | |  | | |
|  | |  | | |
| 無  菌  製  剤  処  理  用  器  具  ・  備  品  等  の  一  覧 |  | | | | |

［記載上の注意］

１　当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の

　様式４を添付すること。なお、その場合には、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤

　管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従

　事している場合はその旨を備考欄に記載すること。

２　調剤所及び当該届出に係る専用の施設の平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。