

医薬品，医療機器等の品質，有効性及び安全性の確保等に関する法律施行細則新旧対照表

改正案	現行
<p>○医薬品，医療機器等の品質，有効性及び安全性の確保等に関する法律施行細則</p> <p style="text-align: right;">平成 8 年 3 月 28 日 茨城県規則第 29 号</p> <p>(趣旨)</p> <p>第 1 条から第 13 条まで略</p> <p>付 則 略</p> <p>付 則(平成 12 年規則第 66 号) 略</p> <p>付 則(平成 17 年規則第 16 号) 略</p> <p>付 則(平成 20 年規則第 26 号) 略</p> <p>付 則(平成 21 年規則第 16 号) 略</p> <p>付 則(平成 26 年規則第 49 号) 略</p> <p>付 則(平成 26 年規則第 62 号) 略</p> <p>付 則(平成 27 年規則第 65 号) 略</p> <p>様式第 1 号(第 2 条第 1 項)から様式第 3 号(第 2 条第 3 項) まで略</p> <p>様式第 4 号(第 3 条)</p> <p style="text-align: center;">薬局機能情報報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>茨城県知事 殿</p>	<p>○医薬品，医療機器等の品質，有効性及び安全性の確保等に関する法律施行細則</p> <p style="text-align: right;">平成 8 年 3 月 28 日 茨城県規則第 29 号</p> <p>薬事法施行細則(昭和 42 年茨城県規則第 62 号)の全部を改正する。</p> <p>(趣旨)</p> <p>第 1 条から第 13 条まで略</p> <p>付 則 略</p> <p>付 則(平成 12 年規則第 66 号) 略</p> <p>付 則(平成 17 年規則第 16 号) 略</p> <p>付 則(平成 20 年規則第 26 号) 略</p> <p>付 則(平成 21 年規則第 16 号) 略</p> <p>付 則(平成 26 年規則第 49 号) 略</p> <p>付 則(平成 26 年規則第 62 号) 略</p> <p>付 則(平成 27 年規則第 65 号) 略</p> <p>様式第 1 号(第 2 条第 1 項)から様式第 3 号(第 2 条第 3 項) まで略</p> <p>様式第 4 号(第 3 条)</p> <p style="text-align: center;">薬局機能情報報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>茨城県知事 殿</p>

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第8条の2第1項の規定に基づき、次のとおり薬局に関する情報を報告します。

報告の種類	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 新規
許可番号	

1 管理、運営、サービス等に関する事項

(1) 基本情報	
ア 薬局の名称	
(ア) 名称	
(イ) フリガナ	
(ウ) ローマ字	
イ 薬局の開設者	
(ア) 氏名	
(イ) フリガナ	
ウ 薬局の管理者	
(ア)	

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第8条の2第1項の規定に基づき、次のとおり薬局に関する情報を報告します。

報告の種類	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 新規
許可番号	

1 管理、運営、サービス等に関する事項

(1) 基本情報	
ア 薬局の名称	
(ア) 名称	
(イ) フリガナ	
(ウ) ローマ字	
イ 薬局の開設者	
(ア) 氏名	
(イ) フリガナ	
ウ 薬局の管理者	
(ア)	

氏名								
(イ) フリガナ								
エ 薬局の所在地								
(ア) 郵便番号								
(イ) 所在地								
(ウ) フリガナ								
(エ) 英語表記								
オ 電話番号及びファクシミリ番号								
(ア) 電話番号 (開店時間内)								
(イ) 電話番号 (開店時間外)	<input type="checkbox"/> 営業日開店時間外対応(電話番号) <input type="checkbox"/> 休業日対応(電話番号) <input type="checkbox"/> 地域輪番制に参加(電話番号)							
(ウ) ファクシミリ番号								
(エ) 対応できない時間帯								
カ 営業日及び開店時間								
開店時	月	火	水	木	金	土	日	祝日
	～	～	～	～	～	～	～	～

氏名								
(イ) フリガナ								
エ 薬局の所在地								
(ア) 郵便番号								
(イ) 所在地								
(ウ) フリガナ								
(エ) 英語表記								
オ 電話番号及びファクシミリ番号								
(ア) 電話番号 (営業時間内)								
(イ) 電話番号 (営業時間外)	<input type="checkbox"/> 営業日営業時間外対応(電話番号) <input type="checkbox"/> 休業日対応(電話番号) <input type="checkbox"/> 地域輪番制に参加(電話番号)							
(ウ) ファクシミリ番号								
カ 営業日及び営業時間								
営業時	月	火	水	木	金	土	日	祝日
	～	～	～	～	～	～	～	～

間	～	～	～	～	～	～	～	～
キ 開店時間以外で相談できる時間								
相談時間	月	火	水	木	金	土	日	祝日
	～	～	～	～	～	～	～	～
(特記事項)								
(2) 薬局へのアクセス								
ア 主な利用交通手段								
(ア) 最寄りの駅	()分		線	駅から徒歩				
(イ) 最寄りのバス停	()分		停留所から徒歩					
イ 駐車場								
(ア) 駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 近隣に無料駐車場あり <input type="checkbox"/> 近隣に有料駐車場あり							
(イ) 駐車台数	台							
ウ ホームページアドレス								
(ア) アドレス								
(イ) 利用料	<input type="checkbox"/> 有料(利用料金 円) <input type="checkbox"/> 無料							
エ 電子メールアドレス								
(3) 薬局サービス等								
ア 健康サポート薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

間								
営業時間	月	火	水	木	金	土	日	祝日
	～	～	～	～	～	～	～	～
(特記事項)								
(2) 薬局へのアクセス								
ア 主な利用交通手段								
(ア) 最寄りの駅	()分		線	駅から徒歩				
(イ) 最寄りのバス停	()分		停留所から徒歩					
イ 駐車場								
(ア) 駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 近隣に無料駐車場あり <input type="checkbox"/> 近隣に有料駐車場あり							
(イ) 駐車台数	台							
ウ ホームページアドレス								
(ア) アドレス								
(イ) 利用料	<input type="checkbox"/> 有料(利用料金 円) <input type="checkbox"/> 無料							
エ 電子メールアドレス								
(3) 薬局サービス等								

<u>局である旨の表示</u>	
イ 対応可能な相談内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食による中毒相談 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> 薬物乱用防止に関する相談 <input type="checkbox"/> 禁煙相談 <input type="checkbox"/> 栄養相談
<u>ウ 対応可能な外国語</u>	
<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
	<input type="checkbox"/> (語) <input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
<input type="checkbox"/> (語)	<input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
	<input type="checkbox"/> (語) <input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
<input type="checkbox"/> (語)	<input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
	<input type="checkbox"/> (語) <input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
(特記事項)	
<u>エ 障害者に対する配慮</u>	
(ア) 聴覚障害者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 手話による服薬指導が可能(事前連絡必要) <input type="checkbox"/> 手話による服薬指導が可能(事前連絡不要) <input type="checkbox"/> 画面表示を使用して服薬指導が可能 <input type="checkbox"/> 文書又は筆談での服薬指導が可能
(イ) 視覚障害者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 薬袋への点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 薬剤への点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 服薬指導の文書の点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 音声案内が可能
<u>オ 車椅子の利用者に対する配慮</u>	

ア 対応可能な相談内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食による中毒相談 <input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> 薬物乱用防止に関する相談 <input type="checkbox"/> 禁煙相談 <input type="checkbox"/> 栄養相談
<u>イ 対応可能な外国語</u>	
<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
	<input type="checkbox"/> (語) <input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
<input type="checkbox"/> (語)	<input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
	<input type="checkbox"/> (語) <input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
<input type="checkbox"/> (語)	<input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
	<input type="checkbox"/> (語) <input type="checkbox"/> 母国語並片言 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事前連絡必要 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要
(特記事項)	
<u>ウ 障害者に対する配慮</u>	
(ア) 聴覚障害者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 手話による服薬指導が可能(事前連絡必要) <input type="checkbox"/> 手話による服薬指導が可能(事前連絡不要) <input type="checkbox"/> 画面表示を使用して服薬指導が可能 <input type="checkbox"/> 文書又は筆談での服薬指導が可能
(イ) 視覚障害者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 薬袋への点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 薬剤への点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 服薬指導の文書の点字表示が可能 <input type="checkbox"/> 音声案内が可能
<u>エ 車いすの利用者に対する配慮</u>	

(ア) 車椅子での来局の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
(イ) 車椅子利用者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> スロープの設置 <input type="checkbox"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> 昇降機の設置 <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレの設置 <input type="checkbox"/> 身体障害者専用駐車場の設置 <input type="checkbox"/> 高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律(平成18年法律第91号)第14条第1項に規定する建築物移動等円滑化基準への適合(バリアフリー)
カ 受動喫煙防止対策	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 分煙(喫煙所あり) <input type="checkbox"/> 未実施
(4) 費用負担	
ア 医療保険及び公費負担等の取扱い	
(ア) 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(イ) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(ウ) 生活保護法(昭和25年法律第144号)第49条の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(エ) 戦傷病者特別援護法(昭和38年法律第168号)第12条の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(オ) 母子保健法(昭和40年法律第141号)第20条第5項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(カ) 公害健康被害の補償等に関する法律(昭和48年法律第111号)第20条第3号の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(キ) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成6年法律第117号)第12条第1項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(ク) 感染症の予防及び感染症の患者に	<input type="checkbox"/> 有

(ア) 車いすでの来局の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
(イ) 車いす利用者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> スロープの設置 <input type="checkbox"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> 昇降機の設置 <input type="checkbox"/> 身体障害者用トイレの設置 <input type="checkbox"/> 身体障害者専用駐車場の設置 <input type="checkbox"/> 高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律第14条第1項に規定する建築物移動等円滑化基準への適合(バリアフリー)
オ 受動喫煙防止対策	<input type="checkbox"/> 全面禁煙 <input type="checkbox"/> 分煙(喫煙所あり) <input type="checkbox"/> 未実施
(4) 費用負担	
ア 医療保険及び公費負担等の取扱い	
(ア) 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(イ) 生活保護法(昭和25年法律第144号)第49条の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(ウ) 戦傷病者特別援護法(昭和38年法律第168号)第12条の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(エ) 母子保健法(昭和40年法律第141号)第20条第5項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(オ) 公害健康被害の補償等に関する法律(昭和48年法律第111号)第20条第3号の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(カ) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成6年法律第117号)第12条第1項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(キ) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第6条第16項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

対する医療に関する法律(平成 10 年法律第 114 号)第 6 条第 16 項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 無
(ケ) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号)第 59 条第 1 項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 <input type="checkbox"/> 無
(コ) 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成 26 年法律第 50 号)第 5 条第 1 項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(サ) 労働者災害補償保険法施行規則(昭和 30 年労働省令第 22 号)第 11 条第 1 項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
イ クレジットカードによる料金の支払の可否	
(ア) クレジットカードによる支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
(イ) 利用可能なクレジットカードの種類	<input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> その他 ()

2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

(1) 業務内容, 提供サービス	
ア 認定薬剤師(中立的かつ公共性のある団体により認定され、又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師をいう。)の種類, 団体及び人数	<input type="checkbox"/> 研修認定薬剤師(公益財団法人日本薬剤師研修センター) 人 <input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬認定薬剤師(公益財団法人日本薬剤師研修センター) 人 <input type="checkbox"/> その他の認定薬剤師 人 (認定の種類, 団体及び人数: 人) (認定の種類, 団体及び人数: 人) (認定の種類, 団体及び人数: 人)

(ク) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号)第 59 条第 1 項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 <input type="checkbox"/> 無
(ケ) 労働者災害補償保険法施行規則(昭和 30 年労働省令第 22 号)第 11 条第 1 項の規定に基づく指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
イ クレジットカードによる料金の支払の可否	
(ア) クレジットカードによる支払の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
(イ) 利用可能なクレジットカードの種類	<input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> その他 ()

2 提供サービスや地域連携体制に関する事項

(1) 業務内容, 提供サービス	
ア 認定薬剤師(中立的かつ公共性のある団体により認定され、又はそれらと同等の制度に基づいて認定された薬剤師をいう。)の種類及び人数	<input type="checkbox"/> 研修認定薬剤師 人 <input type="checkbox"/> 漢方薬・生薬認定薬剤師 人 <input type="checkbox"/> その他の認定薬剤師 人 (認定の種類及び人数: 人) (認定の種類及び人数: 人) (認定の種類及び人数: 人) <input type="checkbox"/> 無

	人) <input type="checkbox"/> 無
イ 業務内容	<input type="checkbox"/> 無菌製剤処理に係る調剤の実施 (薬局(所在地:)の無菌調剤室を共同利用) <input type="checkbox"/> 一包化薬に係る調剤の実施 <input type="checkbox"/> 麻薬に係る調剤の実施 <input type="checkbox"/> 浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施 <input type="checkbox"/> 薬局製剤の実施 <input type="checkbox"/> 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施 <input type="checkbox"/> 薬剤服用歴の管理の実施 <input type="checkbox"/> 薬剤情報を記載するための手帳の交付
ウ 地域医療連携体制	
(ア) 医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(イ) 地域住民への啓発活動への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(2) 実績, 結果等に関する事項	
ア 薬局の薬剤師数	人
イ 医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ウ 調剤録等の情報開示の体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エ 症例を検討するための会議等の開催の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
オ 前年に処方箋を応需した者の延べ人数	人
カ 患者満足度の調査の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 結果の提供 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無

3 その他の事項

イ 業務内容	<input type="checkbox"/> 無菌製剤処理に係る調剤の実施 <input type="checkbox"/> 一包化薬に係る調剤の実施 <input type="checkbox"/> 麻薬に係る調剤の実施 <input type="checkbox"/> 浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施 <input type="checkbox"/> 薬局製剤の実施 <input type="checkbox"/> 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施 <input type="checkbox"/> 薬剤服用歴の管理の実施 <input type="checkbox"/> 薬剤情報を記載するための手帳の交付
ウ 地域医療連携体制	
(ア) 医療連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(イ) 地域住民への啓発活動への参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(2) 実績, 結果等に関する事項	
ア 薬局の薬剤師数	人
イ 医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ウ 調剤録等の情報開示の体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エ 症例を検討するための会議等の開催の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
オ 前年に処方箋を応需した者の延べ人数	人
カ 患者満足度の調査の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 結果の提供 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無

3 その他の事項

(1) 高度管理医療機器等販売業の許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(2) 介護用品の取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(3) 医薬品の交付場所の状況	<input type="checkbox"/> 個室の設置 <input type="checkbox"/> 仕切りの設置 <input type="checkbox"/> 座席の設置
(4) 乳幼児等に対する配慮	<input type="checkbox"/> ベビーベッドの設置 <input type="checkbox"/> 幼児用遊び場の設置
(5) 最近 1 年間に在宅患者を訪問し、在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を行った実績の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注) 1 自筆による署名をする場合は、押印を省略することができる。

2 該当する□に、レ印を記入すること。

様式第 5 号(第 4 条)から様式第 11 号(第 11 条第 2 項)まで略

(1) 高度管理医療機器等販売業の許可の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(2) 介護用品の取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(3) 医薬品の交付場所の状況	<input type="checkbox"/> 個室の設置 <input type="checkbox"/> 仕切りの設置 <input type="checkbox"/> 座席の設置
(4) 乳幼児等に対する配慮	<input type="checkbox"/> ベビーベッドの設置 <input type="checkbox"/> 幼児用遊び場の設置
(5) 最近 1 年間に在宅患者を訪問し、在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を行った実績の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(注) 1 自筆による署名をする場合は、押印を省略することができる。

2 該当する□に、レ印を記入すること。

様式第 5 号(第 4 条)から様式第 11 号(第 11 条第 2 項)まで略