

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師		常 勤	名	非常勤	名
無菌 処理 施設 ・ 設備	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。)				
	形 式 ・ 規 格				
	空気清浄度、集塵効率等				
	台 数 等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧					

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（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。