

(様式第 1 号)

## 医薬品情報活動等病院訪問許可申請書

年 月 日

桐生厚生総合病院 院長 様

申請者

住 所

会 社 名

代表者名 (支店長、営業所長等)

印

桐生厚生総合病院医薬品情報担当者(MR)院内活動要綱第2条の規定に基づき、下記のとおり訪問許可を申請します。

訪問活動に際しては、桐生厚生総合病院医薬品情報担当者(MR)院内活動要綱を遵守します。

訪 問 者 <small>(訪問者交代の場合は 前任者の氏名も あわせて記載)</small>	部署・役職	
	フリガナ	
	氏 名  (前任者氏名 : )	
連 絡 先	会社代表	
	携帯電話	
	メールアドレス	
取扱商品		

病 院 記 載 欄	
MONITARO 登録	済み・未
訪問許可証作成	済み・未