

# 病 院 内 訪 問 許 可 申 請 書

つるぎ町立半田病院長 殿

貴病院内における医薬品等の情報提供及び収集のため、弊社医薬品情報担当者の訪問許可を申請いたします。

訪問に際しては、院内規定を遵守いたします。

年 月 日

会社名：

責任者：

(支店長名又は営業所長名で可)

会社情報
会社名： 連絡先：〒 T E L： F A X： 対応時間：
医薬情報担当者情報
氏 名： カ ナ： 所属・役職： T E L： M a I l： そ の 他：
学術担当部署情報
部署名： 連絡先：〒 T E L： F A X： 対応時間：

※申請事項に変更を生じた場合は、速やかに申請書を再提出する事

※本申請書は一命一様とする