

医薬情報担当者(MR)

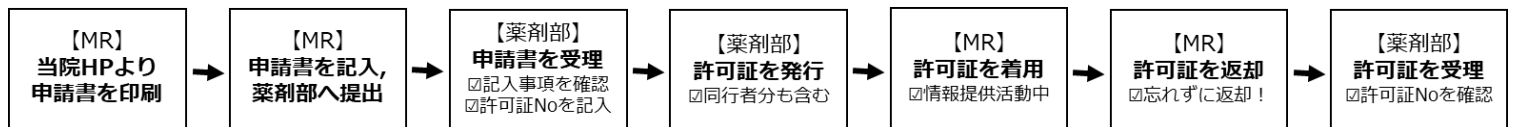
草加市立病院 院長 様

法人名

印

草加市立病院事業者訪問規程に基づき、下記のとおり訪問許可を申請いたします。
訪問活動に際しては、草加市立病院事業者訪問規程を遵守いたします。

訪問者 〔代表者〕	部署： 氏名： 連絡先： (携帯)
同行者	氏名：
	氏名：
	氏名：
訪問先	所属：場所： 氏名：活動時間： : ~ : (予定)
訪問目的	☐ 情報提供（製品紹介・講演会の案内など） ☐ 資料提供（文献、資材など） ☐ 勉強会開催（製品説明、web 講演会など） ☐ その他（ ）



※以下は担当者が使用いたしますので、記入しないでください。

No.	No.	No.	No.	薬剤師(受付)	受付時間	薬剤師(返却)
					:	
					返却時間	
					:	

お問い合わせ先 草加市立病院 医薬品情報室
TEL 048(946)2200(内線1102)