（様式第1号）

**医薬品情報活動等病院訪問許可申請書**

　　西暦　　　　年　　　月　　　日

桐生厚生総合病院　院長　様

申 請 者 情 報

住　　所

会 社 名

代表者名 　　　　 　 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。

名刺貼付

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問者 | 会社名 | （ 新規・継続 ） | | |
| 部署・役職 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 担当者変更時 | 前任者名 |  | | |
| 連絡先 | 会社代表 |  | | |
| 携帯電話 |  | | |
| 主な訪問先 |  | | | |
| 訪問目的・内容 |  | | | |
| 写真撮影  希望月日 | 年　　　月　　　日  午前・午後　　　時希望 |

継続の場合、写真撮影は行いません。

前年度の写真を使用させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 病 院 記 載 欄 | |
| 申請番号 | 2021 － |