（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（訪問者交代の場合は前任者の氏名もあわせて記載） | 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 |