

# 医薬品情報提供活動許可申請書

管 理 者		補 助 者		受 付	令和 3 年	月	日
				<input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 不許可			

受付No.

	令和 3 年 月 日
<p>(施設管理者) 独立行政法人国立病院機構 和歌山病院長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者（支店長、営業所長）</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>貴病院内で医薬品の情報提供活動をいたしたく、許可くださるよう申請します。 なお、許可されましたうえは貴病院の指示に従います。</p>	
【会社名または名称等】	
<p>(フリガナ) 【担当者名】 _____</p> <p>【電話/FAX】 _____ / _____</p> <p>【携帯電話】 _____</p> <p>【メールアドレス】 _____</p>	
<p>【許可期間】</p> <p style="text-align: center;">2021年4月1日 ～ 2022年3月31日 まで</p>	
【月平均訪問回数】	
【その他】	