

医薬品情報提供活動 訪問許可申請書

受付 No.

令和 7 年 月 日

(施設管理者)

独立行政法人国立病院機構
和歌山病院長 殿

申請者 (支店長、営業所長)

住所

氏名

印

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。

【会社名または名称等】

(フリガナ)

【担当者名】 _____

【電話/FAX】 _____ / _____

【携帯電話】 _____

【メールアドレス】 _____

【許可期間】 令和7年4月1日 ~ 令和8年3月31日 まで

【担当領域】

【月平均訪問回数】

回

【名刺貼付欄】

【MR認定証貼付欄】

※太枠内の各項目について、ご記入をお願いします。

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