年　　月　　日

医薬情報担当者（MR）　院内活動申請書

上都賀総合病院

知久　毅　殿

会社名　　　　　　　　　　　　　印

貴院の規約に従い、下記の医薬情報担当者を院内活動させたく申請いたします。

なお、規約に反する行為があった場合は、いかなる処分にも応じることを約束いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会社住所 |  | |
| 担当者名  （フリガナ） |  | |
| 連絡先 | TEL | ① |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　　　（時間外・緊急） |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 活動内容 | □医薬品　　　□試薬　　　□その他 | |
| 同行者  （フリガナ） |  | |
|  | |
|  | |

MR認定証のコピー添付

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 院内活動　　　□可　　　□不可  活動条件 | 病院長 | 薬剤部長 | 医情課 |
|  |  |  |

担当交代、新規担当登録は本用紙を以て医薬品情報課に届け出る。