

この用紙は上都賀総合病院薬剤部に登録した製薬会社のみお使いください。
未登録の製薬会社及び医療機器メーカーは使用しないでください。

送信先 診療情報課
FAX 0289-64-0668
メール mr@kamituga-hp.or.jp

MRの方は太枠内と申込日の記入をお願いいたします。
希望日時は申込日から1週間程度の余裕をもたせてください。
面会希望日までに医師から返答がない場合は面会をお断りとさせていただきます。こちらから連絡はいたしませんのでご了承ください。
また、電話での面会のお問い合わせはご遠慮ください。

申込日 令和 年 月 日

面会希望医師名	科		先生
用 件			
希 望 日 時	第一希望	令和 年 月 日 ()	PM : ~ :
	第二希望	令和 年 月 日 ()	PM : ~ :
	第三希望	令和 年 月 日 ()	PM : ~ :
会社名・氏名			
連絡先 (メールor電話)			
面会の可否	可 ・ 否 ・ パンフレットのみ必要		
上記以外の 面会日時	<input type="checkbox"/> 希望日時 月 日 () AM・PM : ~ :		
場 所	<input type="checkbox"/> 本館3Fエレベーターホール ・ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他 ()		
送 信 日	月 日 担当 ()		

【先生方へ】

名刺

*面会の申込がきています。
面会の可否と、可の場合は太枠の面会日時の希望日時に丸をつけるか、他の希望日時があれば上記以外の面会日時の欄に記入してください。また場所に✓をつけてください。
用紙は医局内にある回収箱に入れてください。