|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病院長** | **事務局長** | **薬剤部** |
|  |  |  |

**令和　　年　　月　　日**

**医薬情報担当者活動許可申請書**

**羽島市民病院　病院長殿**

**貴院において医薬情報担当者の活動許可を申請いたします。**

**所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　.**

**担当者名刺貼付**

**.**

**会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**代表者名※1　　　　　　　　　　　　　　　印**

**担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**E-ｍａｉｌ（担当者）※2　　　　　　　　　　　　　　　　　.**

**※1：代表者名は支店長クラスの方で結構です。**

**※2：名刺にE-mailアドレスが記載してある場合は記載不要です。**

**※：担当者変更の場合は「（様式1-2）MR変更届」のみを提出して下さい。**