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

**令和　　年　　月　　日**

**医薬情報担当者変更届**

**羽島市民病院　病院長殿**

**貴院における弊社の医薬情報担当者を交代しますので、届出を致します。**

**後任者名刺貼付**

**会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**代表者名※1　　　　　　　　　　　　　　　印**

**前任者名　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**後任者名　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**E-ｍａｉｌ（後任者）※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。**

**※：当変更届を医薬品情報室担当者に速やかにお渡しください。**