|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **決裁** | **病院長** | **副院長** | **事務局長** | **総務課長** | **課長補佐** | **開催責任者** | **用度・薬剤** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**令和2年6月10日**

**製品説明会・勉強会・研修会等開催許可申請書**

**羽島市民病院　病院長殿**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**会社名**

**担当者名**

**同行者名**

**貴院において下記の開催を申請いたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **開催目的** | **製品説明（新薬・新製品含む）** | | **WEB講演会** | | | |
| **研修会** | | **その他（　　　　　　　　　　　）** | | | |
| **オンライン等によるＭＲ（医薬情報担当者）不在の勉強会** | | | | | |
| **テーマ　　　　（医薬品名又は勉強会内容）** |  | | | | | |
| **開催予定日** | **カレンダーより選択して下さい** | **開始時間** | | 時間**時** 分**分** | | |
| **終了時間** | | 時間**時** 分**分** | | |
| **開催場所** | **クリックして選択して下さい** | **開催依頼** | | **病院より　当社より** | | |
| **開催責任部署** | **クリックして選択して下さい**。 | **開催責任者（当院）** | |  | | **先生** |
| **参加予定者** | **医師　薬剤師　技師　看護師　事務　その他** | | | **参加予定人数** | **クリックして選択して下さい。** | |

**※当申請書を開催1週間前迄に医薬品情報室担当者にメールにて提出して下さい。**

**※開催案内のＰＤＦがあればメールに添付して下さい。**