

院内訪問許可申請書

受付 No.

国立病院機構 奈良医療センター院長 殿

西暦 年 月 日

申請者(支店長、営業所長でも可)

住所

氏名

公印

貴病院内において医薬品の宣伝・情報活動を行うため、訪問許可を申請します。
なお、訪問等に際しては貴院の指示に従い、「宣伝活動規約」を遵守します。

【会社名または名称等】

《連絡先》Tel
Fax

【担当者名】

《連絡先》Tel
e-mail

【許可期間】

西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日 まで

【申請の種類】

新規 継続 再申請(担当者の交代等)前任者名:

【その他】

薬剤師免許の有無 有 無

MR 資格の有無 有 無

月平均訪問回数 回/月