

(別紙 1)  
西暦 年 月 日

## 院内訪問許可申請書

国立病院機構 奈良医療センター院長 殿

申請者（支店長、営業所長等）

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、情報提供に際しては「医療用医薬品の販売情報提供活動に関するガイドライン」を遵守します。

【会社名または名称等】

Tel \_\_\_\_\_

製品に関する問い合わせ先 \_\_\_\_\_

【担当者名】

Tel \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

【申請の種類】

- 新 規  
 担当者の交代 前任者名：

【その他】 特記事項がありましたらご記入ください。