

# 院内MR登録許可申請書(新規・変更・削除)※

※該当箇所を選択して下さい。区分選択について注意事項を確認下さい。

昭和大学 江東豊洲病院長 殿

提出日: 年 月 日

会社名:

役職名:

責任者名: 印

貴病院内における医薬品等の情報提供及び収集の為、貴施設の定める「医薬品情報活動心得(ガイドライン)」を遵守の上、弊社医薬品情報担当者の登録を申請します。

|                |                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| 会社名            |                                                                      |
| 支店又は営業所名       |                                                                      |
| 連絡先            | 〒<br>TEL:<br>FAX:                                                    |
| 医薬品情報担当者       | (フリガナ: )<br>新担当者名: 印<br>前任者名: 印                                      |
| 所属/役職          | 所 属 役 職                                                              |
| MR資格試験         | <input type="checkbox"/> 取得 第 回 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 未取得 |
| 担当者連絡先         | TEL: e-mail(PC):                                                     |
| 備考欄<br>(専門領域等) |                                                                      |

《名刺添付》

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

《学術担当部署》

|     |                       |
|-----|-----------------------|
| 部署名 |                       |
| 連絡先 | TEL:<br>FAX:<br>対応時間: |

《薬剤部記入欄》

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

※注意事項※

担当者交代の際は速やかに薬剤部長へ申請書を提出する事(申請区分は「変更」となります)

2021年8月 改訂