

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	〒 TEL: FAX:
医薬品情報担当者	(フリガナ:) 新担当者名: 印 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 (専門領域等)	

《名刺添付》

--

《学術担当部署》

部署名	
連絡先	TEL: FAX: 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