

許可申請書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
東京都病院院長 殿

(申請者)

会社名 _____ 印

代表者役職・氏名 _____ 印

貴院において医薬品情報活動をいたしたいので御許可くださるよう宜しくお願い申し上げます。
なお、許可されました上は貴院の指示を守ることを約束いたします。

1. 期 間 申請日からその年度の年度末まで

2. 担当者情報(担当領域: _____)

氏 名 _____

連絡先(電話) _____

メールアドレス _____

3. 会社情報

支 店 名 _____

所 在 地 _____

連絡先(電話) _____

4. 学術情報

連絡先(電話) _____

令和 年度MR活動許可証

No. _____

(会社名) _____

(担当者名) _____

(TEL) _____

独立行政法人

国立病院機構東京都病院

訪問許可条件

①医薬品の宣伝活動は、診療等病院業務に支障が生ずること
のないよう、良識を持って行なうこと。

②訪問時間など規程を守ること

③医薬品の宣伝活動を行なう場所は、決められた場所とし、医
局内等には立ち入らないこと。

④来院の際は、薬剤部備付の訪問記録に記入の上、所定の名
札を着用し、終了時には終了時間を記入し名札を返却すること

* 提出の際、名刺を添付すること。

* 領域別担当制の場合は必ず領域名を記載すること、ない場合は記載する必要ありません。