

## 医薬情報担当者（MR） 院内活動申請書

上都賀総合病院  
知久 毅 殿

①社印を押してください。

会社名 〇〇株式会社 印

貴院の規約に従い、下記の医薬情報担当者を院内活動させたく申請いたします。  
なお、規約に反する行為があった場合は、いかなる処分にも応じることを約束いたします。

会社住所	〒322-8550 栃木県鹿沼市下田町 1-1033		
担当者名 (フリガナ)	上都賀 太郎		
連絡先	TEL	① 0289-64-2161	(時間外・緊急)
		②	
	FAX		
	E-mail	yakuzai@kamituga-hp.or.jp	
活動内容	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 試薬 <input type="checkbox"/> その他		
同行者 (フリガナ)	鹿沼 花子 (カヌマ ハナコ)		

②申請書は 主担当者の方のみ 提出してください。

③2名以上のMRがいる場合は同行者として登録してください。  
(名刺とMR認定証のコピーを一緒に提出して下さい)

MR認定証のコピー添付



④主担当の方のMR認定証のコピーを添付してください

院内活動	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	病院長	薬剤部長	医情課
活動条件				

担当交代、新規担当登録は本用紙をメールもしくは MONITARO に添付して提出してください。