

病院長	事務長	薬局長

## MR活動許可申請書

平成 年 月 日

横浜掖済会病院  
病院長 殿

会 社 名 \_\_\_\_\_ 印

支 店 長 名  
( 責 任 者 ) \_\_\_\_\_ 印

担 当 者 名 \_\_\_\_\_ 印

担 当 者 名 \_\_\_\_\_ 印

担 当 者 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

FAX 番 号 \_\_\_\_\_

病院においてMR活動を行いたいので許可願います。

平成 年 月 日受付