

病院長	薬剤部長

MR活動許可申請書

令和 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。

令和 年 月 日受付