

医薬情報担当者交代届

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター
院長 殿

(支店)
会社名.....印

(支店長)
代表者名.....印

この度、医薬情報担当者を交代することとなりましたので届け出いたします。

前任者に引き続き、貴センターの指示を厳守し、医薬品等の情報活動をおこないますことを
約束いたします。

1. 交代時期 (予定)
西暦 年 月 日 から

2. 会社住所 (支店または営業所等の連絡先)

TEL :

FAX :

3. 新担当者氏名

前任担当者氏名

4. 訪問回数

1ヶ月に約 回

5. その他