

西暦 年 月 日

医薬品の説明会開催許可申請書

独立行政法人 国立病院機構
神戸医療センター院長 殿

申請者
(会社名) _____

(営業所等責任者) _____ 印

下記のとおり医薬品の説明会を実施いたしたく申請いたします。

なお、本説明会は、独立行政法人国立病院機構職員倫理規定及び医療用医薬品製造販売業公正競争規約に基づいて行うこととし、院長からの指示・決定が通知された後に実施いたします。

(記)

説明会 タイトル	
対象診療科	
参加予定人数	人
開催予定 日時	西暦 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
開催場所	院内の
飲食提供の 有無	有・無
医薬情報担 当者名 連絡先	担当者氏名 TEL : _____ FAX : _____ E-mail : _____
備考	申請窓口、許可書交付窓口は医薬品情報管理室 (薬剤部)

決定通知証

上記申請を 許可する。許可しない。

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 _____ 印
(当原本は申請者が保管し、写し(コピー)は当センター医薬品情報管理室で3年間保管する)