

## 院内 MR 活動申請書

高知医療センター

病院長様

令和 年 月 日

高知医療センターにおいて、医薬品情報の提供などに関する院内MR活動を行いたく、申請します。

---

会社名 \_\_\_\_\_

〒

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

備考欄

担当者の変更     担当者の追加

その他 ( \_\_\_\_\_ )