

日本赤十字社長崎原爆病院 殿

MR等活動許可（変更）申請書

貴院において、下記の通りMR等の活動をしたいので、申請（変更申請）します。
なお、貴院におけるMR等活動に際しては、諸規程等を遵守します。

担当MR. (MRの勤務地及び営業所名等を記入すること)	フリガナ	
	企業名称	
	営業所名等	
	営業所所在地	〒
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号 (携帯電話)	
	E-mail	
	MR認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	担当領域	
訪問システムへの登録について	<input type="checkbox"/> PR.JOY は登録可 <input type="checkbox"/> MONITARO は登録可 <input type="checkbox"/> どちらも登録不可	

提出先：薬剤部 薬品情報室