【様式１】

令和　　　年　　　月　　　日

医薬品の説明会開催許可申請書

独立行政法人 地域医療機能推進機構

神戸中央病院長　大友敏行 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 地域医療機能推進機構倫理規定及び医療用医薬品

製造販売業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 |  |
| 主旨（説明会を受ける必要性について） |  |
| 当院代表者署名捺印 | 代表者氏名：　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 対象診療科 |  |
| 参加予定人数 | 人 |
| 開催予定日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 開催場所 | 2階会議室 ・ 7階会議室 ・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 簡素な飲食物の提供 | 有　　・　　無 |
| 医薬情報担当者  連絡先 | 担当者氏名：　　　　　　　　　　　　TEL： |

|  |  |
| --- | --- |
| 病院記載欄 | 施設：□ |

|  |
| --- |
|  |

決定通知証

上記申請を　　　許可する。　許可しない。

令和　　　年　　　月　　　日

独立行政法人 地域医療機能推進機構 神戸中央病院長　　大友 敏行　　印

　　　　　（当原本は申請者が保管し、コピーは総務企画課にて3年間保存する）