

## 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： _____ 印
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）