|  |
| --- |
| 薬剤部長 |
|  |

**担当者交代届**

**年　　月　　日**

**市立吹田市民病院 殿**

**社　名**

**旧担当者：**

**新担当者：**

**担当交代年月日：　　　　　年　　　　月　　　日から**

**その他連絡事項**（あれば記載お願いします）**：**

**「MR訪問許可申請書」とともに薬剤部長まで提出**

（薬剤部記入欄）

年　　　月　　　日　受付