|  |
| --- |
| 薬剤部長 |
|  |

**MR訪問許可申請書**

**年　　月　　日**

**市立吹田市民病院 殿**

**社　名**

**担当者：**

**連絡先ＴＥＬ：**

**緊急連絡先TEL：**

**メールアドレス：**

**Pr.JOY：**□登録済　　□未登録　 □加入していない

**MONITARO：**□登録済　　□未登録　 □加入していない

名刺を貼付して下さい

**薬剤部長まで提出**

（薬剤部記入欄）

年　　　月　　　日　受付