

# 中津川市民病院 MR登録申請書( 新規 変更 )

申請年月日 H 年 月 日

企業名

--

代表担当者氏名                      その他の登録者名                      ( )内は分野担当があれば記入

(                      )	(                      )	(                      )	(                      )	(                      )
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

支社、営業所名

--

住所

〒                      —
--------------------------

代表担当者携帯番号

—                      —

電話

—                      —

FAX番号

—                      —

E-mail

薬情報センター電話

—                      —

申請書を提出する場合、新しく登録する方の名刺を添えてください。  
担当者変更の場合は、前任者氏名を明確にしてください。

中津川市民病院における情報活動を行うにあたっては、  
「中津川市民病院MR活動基準を遵守します。」

代表担当者

氏名

Ⓜ