|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務部長 | 総務課長 | 係長 |
|  |  |  |

（別紙様式１）

　　年　　月　　日

訪問許可申請書

芳賀赤十字病院長　様

申請者

住所

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　芳賀赤十字病院事業者訪問規程第２条に基づき、下記のとおり訪問許可を申請します。訪問活動に際しては、芳賀赤十字病院事業者訪問規程を遵守します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の区分（○を付ける） | 製薬会社（ＭＲ）・診療材料取扱・医療機器取扱・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問者（訪問者交代の場合は前任者の氏名） | 部署：役職：氏名：（前任者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 |  |
| 主な訪問先 |  |
| 主な訪問目的・内容 |  |

病院使用欄

申請番号：

許可番号：

許可年月日：