

訪問許可申請書

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター
院長 殿

(申請者)

会社名

(支店長)

代表者名 印

貴院において医薬品等の情報活動を致したいので御許可下さるよう宜しくお願い申し上げます。
尚、許可されました上は貴センターの指示を厳守することを約束致します。

1. 期間

平成 年 月 日 から

2. 会社住所（支店または営業所等の連絡先）

TEL :

FAX :

3. 担当者氏名

4. 訪問回数

1ヶ月に約 回

5. その他