

情報担当者交代届

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

(支店)
会社名.....印

(支店長)
代表者名.....印

この度、情報担当者を交代することとなりましたので届け出いたします。

前任者に引き続き、貴センターの指示を厳守し、医薬品等の情報活動をおこないますことを
約束いたします。

1. 交代時期 (予定)
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. 新担当者氏名

前任担当者氏名

4. 訪問回数

1ヶ月に約 回

5. その他