

(様式3-1)

※許可を受ける者が1名の場合

MR活動許可申請書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
兵庫中央病院長 殿

申請者

所在地

会社名

印

代表者名

電話番号

FAX 番号

※必ず活動理由を記載すること
例) 医薬品の情報提供

のため、貴病院においてMR活動を行

いたいで、下記の者の活動を許可願います。

記

会社名

所属

氏名

※添付書類

名刺

身元が確認できる公的書類 (写真付きに限る)

令和 年 月 日受付

(様式3-1')

※許可を受ける者が複数名いる場合

MR活動許可申請書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
兵庫中央病院長 殿

申請者

所在地

会社名

印

代表者名

電話番号

FAX 番号

のため、貴病院においてMR活動を行いたい
ので、下記の者の活動を許可願います。

記

会社名
所 属
氏 名
氏 名
氏 名
氏 名

※添付書類

名刺

身元が確認できる公的書類（写真付きに限る）

令和 年 月 日受付

(様式3-2)

院内MR活動許可書

令和 年 月 日

申請者
会社名：

氏名：

※提出不要

独立行政法人国立病院機構
兵庫中央病院長

令和 年 月 日付をもって申請のあったMR活動については、下記の条件を付して許可します。

なお、許可した後において下記条件に違反した場合は、許可を取り消す場合がありますのでご注意ください。

記

1. 当院でのMR活動については、施設の維持管理、災害の防止等を図るため、病院長の許可を得た者に限り行うことができる。
2. MR活動を行う者は、13:30から18:15の間に医薬品情報管理室に備え付けている訪問記録に氏名、活動時間、訪問先、用件を記入し、許可証を着用するものとする。また、用件が終了した際は、訪問記録に退出時間を記入するものとする。
3. MR活動は原則として3階医局前フロア（医局内は除く）で行い、時間についても原則として17:15から18:15、薬剤部については16:00から17:15の間で行うものとする。但し予め訪問先の医師等に訪問予約を取っている場合は医局カンファレンス室又は面談室等で行うことができることとする。
4. 喧噪にわたるなどして周辺の施設秩序を乱さないよう注意すること
5. 上記の他、関係諸規定を遵守すること。

(様式3-3)

※写真用紙に印刷したものを貼ってください(カラーコピーは不可)

MR活動許可証

会社名

氏名

連絡先

兵庫中央病院長 印

顔写真

4
・
5
c
m

8 cm