

MR → 医師押印 → MR → 薬剤部長 → 決済 → 管理課保管

院 長	副 院 長	統括診療 部長	事務部長	管理課長	庶務班長	庶務係長	薬剤部長

医薬品等の説明会申込書

1. 対象医薬品名：
2. 会 社 名：
3. 担当者氏名：
4. 説明内容とその意義：
5. 説明会場：
6. 予定日時： 年 月 日 （ : ～ : ）
7. 飲食物提供：

上記の説明会を開催したいので、ご承諾をお願いいたします。

年 月 日

医師名 _____ 印
医長名 _____ 印

独立行政法人 国立病院機構

福岡東医療センター 病院長 殿

-
- (注1) 申込書は、予定日の1週間前までに薬剤部長に提出してください。
 - (注2) 説明会の日時、場所は、医師及びMRにて協議決定してください。
 - (注3) 会議室等を使用する場合は、イントラにて登録してください。
 - (注4) 飲食物の提供する場合は、できるだけ簡素なものとしてください。