

MR 院内出入許可申請書兼個人情報に関する誓約書

下記のとおり医薬品情報の提供・収集等をしたいので院内出入許可を申請します。

申請者	住所又は出張宿泊所	
	連絡先及び電話番号	
	氏名	印
	生年月日	年 月 日生
	身分証明書	_____
	資格の有無	MR 資格（有・無） 薬剤師免許（有・無）
	その他	MR 交代の場合は前任者の氏名

なお、申請にあたり、当社は中央病院の個人情報保護方針を十分に理解し、これを遵守するとともに、院内で知り得た患者及び中央病院職員の個人情報を正当な理由なく、当社の者も含め第三者に漏らさないことを誓約します。

令和 年 月 日

申請会社名
(支店長、営業所長) 印

鳥取県立中央病院長 様