

令和 年 月 日

医薬品情報活動訪問予約申請書

京都市立病院長 様

(FAX: 075-311-6395)

京都市立病院事業者訪問規程第3条に基づき、下記のとおり医師への面会予約を申請します。医師への面会に際しては、京都市立病院事業者訪問規程を遵守します。

記

申請者氏名	許可番号 _____
社名	【同行者氏名（1名まで）： _____】
所在地	〒 _____
TEL / FAX	_____ / _____
TEL(携帯等)	_____
申請者 E-mail	_____
面談希望医師	診療科： _____ 科 医師名（フルネーム）： _____
日時	(第1希望) 月 日 () 時 分～ 時 分 (第2希望) 月 日 () 時 分～ 時 分 (第3希望) 月 日 () 時 分～ 時 分
希望コマ数に○を付けてください。 (1コマ10分)	1コマ 2コマ 3コマ
訪問目的 (必ず記入してください)	_____

※訪問時間は、火曜日、水曜日、木曜日の午後4時から午後6時までです。

※予約時間の15分前にお越しください。