

訪問許可申請書

令和 年 月 日

京都市立病院長 様

申請者

住 所

法 人 名

代表者名

印

京都市立病院事業者訪問規程第2条に基づき、下記のとおり訪問許可を申請します。
訪問活動に際しては、京都市立病院事業者訪問規程を遵守します。

記

訪 問 者 (訪問者交代の場合 は前任者の氏名)	部署： 役職： 氏名： (前任者氏名：)
連 絡 先	会社代表： 携帯電話： メールアドレス：
主な訪問先	
主 な 訪 問 目 的 ・ 内 容	
Dr. Joy 利用有無	有 ・ 無 (年 月 日時点で脱退)

名刺添付

(裏面も確認できるようにステープル等で
添付してください。)

病院使用欄

許可番号：

書き方

訪問許可申請書

令和 年 月 日

京都市立病院長 様

申請者
住 所
法 人 名

公印を押してください。
代表者様の役職名も記入
してください。

代表者名 (印)

京都市立病院事業者訪問規程第2条に基づき、下記のとおり訪問許可を申請します。
訪問活動に際しては、京都市立病院事業者訪問規程を遵守します。

記

訪 問 者 (訪問者交代の場合 は前任者の氏名)	部署： 役職： 氏名： (前任者氏名：)
連 絡 先	会社代表： 携帯電話： メールアドレス：
主な訪問先	薬剤科と記入してください。 (診療科への訪問は原則禁止です。)
主 な 訪 問 目 的 ・ 内 容	利用なしの場合は、 脱退年月日の記入をしてください。
Dr. Joy 利用有無	有 ・ 無 (年 月 日時点で脱退)

名刺添付

(裏面も確認できるようにステープル等で
添付してください。)

病院使用欄

許可番号：