

## 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	

(当院からのお願い)

当院では Dr. JOY を利用して訪問事業者の管理や情報共有を行っています。  
原則 Pr. JOY にご加入いただきますようよろしくお願いいたします。  
貴社の方針により Pr. JOY 有料プランにご加入いただけない場合でも、  
最低限無料プランにご加入いただきますようよろしくお願いいたします。

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：

### 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： <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">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。)</span>
主な訪問先	
主 な 訪 問 目 的 ・ 内 容	

(当院からのお願い)

当院では Dr. JOY を利用して訪問事業者の管理や情報共有を行っています。  
原則 Pr. JOY にご加入いただきますようよろしくお願いいたします。  
貴社の方針により Pr. JOY 有料プランにご加入いただけない場合でも、  
最低限無料プランにご加入いただきますようよろしくお願いいたします。

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：