

医薬品情報提供願

年 月 日

薬剤科部長 様

会社名

担当者名

印

医薬品（未採用医薬品）の情報活動を行うため、下記のとおり届け出ます。
なお、活動にあたっては京都市立病院事業者訪問規定を遵守します。

医薬品名	
一般名	
規格・含量	
情報内容	
情報提供先	
承認年月日	年 月 日
発売年月日	年 月 日
薬価基準収載 年月日	年 月 日
薬価	
長期投与 (30日間) の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (制限期間 年 月まで)

上記の薬剤について情報提供活動を許可する。

上記の薬剤について情報提供活動を許可しない。

年 月 日

薬剤科部長

小野 勝

印