西暦　　　　年　　月　　日

訪　問　活　動　申　請　書

国家公務員共済組合連合会

舞鶴共済病院長殿

以下の担当者による病院内訪問活動を申請いたします。

企業名（支店・営業所可）：

責任者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

記

担当者名（ふりがな）：

営業所住所：

営業所電話：

携帯電話：

E-mail：

連絡窓口となる取引卸：

以上

**※書類の提出先は　薬剤科医薬品情報室（DI室）専任者です**

2023.5作成