

医薬品情報活動申請書

平成 年 月 日

マツダ病院薬剤部長殿

会社名 _____

TEL _____

担当者氏名 _____ 印

下記医薬品について、貴院における情報活動の許可を申請いたします。

薬品名			一般名		
剤型・規格			薬価		
薬効分類		商品 分類番号		取扱区分	
貯法・有効期間			承認年月日		
効能・効果					
用法・用量					
申請理由					
主たる活動先					
発売年月日	西暦	年	月	日	

決裁	年	月	日	薬剤部長	DI担当	保管	情報
許可		不許可				DI室	No.

情報

No. _____

医薬品情報活動許可通知書

平成 年 月 日

殿

マツダ(株)マツダ病院

薬剤部長 西原 昌幸 印

下記医薬品について、上記日付をもって情報活動を許可いたします。

薬品名	
-----	--