

医薬品情報活動申請書

先生御侍史

MR 記載項目

申請日 (年 月 日)

会社名		担当者	
面談内容		
FAX 番号		TEL 番号	
希望日時	① _____ ② _____ ③ _____		

医師記載項目

回答	面会する	希望日時 (番号を記載して下さい)	
	今回は面会を希望しない		
	日を替えてほしい	後日直接電話してほしい (/ : 頃希望) _____	再度時間を提示してほしい
	その他	

/ : FAX 送信済

ひびきこころのクリニック

FAX 0797-35-8559