

面会申込書(初回用)

申込日 (西暦) 年 月 日

貴社名
お名前

(または名刺をご添付ください)

- 返信用FAX番号 (必須)
 その他の連絡先 (いずれか)
 会社電話
 携帯
 e-mail
 ◀名刺に記載ある場合は記入不要です。

業者区分 (貴社取り扱い製品)

- 医薬品
 医療機器
 医療材料・医療用品
 介護用品、育児用品、その他
 介護・福祉等サービス提供者
 その他 ()

用件

- 新しい製品・サービスの紹介・説明
 安全性情報・適正使用情報等
 講演会等の案内
 医師会が関連する講演会等の案内
 参加を予定されている講演会の変更・中止の案内
 その他 (具体的に)

面会を希望する時期 ※時間は24時で表記してください

- ① 月 日 () 時～ 時 特定の用件がある場合はご記入ください。
 ② 月 日 () 時～ 時 用件 []
 ③ 月 日 () 時～ 時 面会の相手 []
 ④ 月 日 () 時～ 時 ※あいさつだけの面会はお断りします。

〔返信用記入欄〕

- 面会日 月 日 () 時 分から ____分間
 場所 () へお越しください。
 希望日に面会可能な日がありません。
 資料をお送りください。
 今のところ、要望・関心はありません。今回は面会を希望いたしません。
 その他 (面会可能な日程等)

〔備考〕

※この用紙は随時改訂を行っております。ホームページまたはDI室に最新版の見本がありますのでご確認ください。
 ※医師にお渡しした情報は、DI室でも共有しますので同じ資料をDI室にお持ち下さい
 ※小児科・皮膚科はDI室で面会調整を行いますので申込書はDI室にお持ちください。