

面会申込書

面会の
相手

申込日 (西暦) 年 月 日

貴社名 ()

お名前 ()

▲名刺に記載ある場合は記入不要です

(または名刺をご添付ください)

訪問を希望する医薬品等の名称【

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

参加を予定されている講演会の変更・中止の案内



具体的な内容

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

② 月 日 () 時～ 時

③ 月 日 () 時～ 時

④ 月 日 () 時～ 時

※あいさつだけの面会はお断りします。

返信用連絡先

FAX(

)へ返信をお願いします。

電話(

)へ連絡をお願いします。

メール(

)へ連絡をお願いします。

※返信がない場合は面会不要とご判断ください。

〔返信用記入欄〕

面会E 月 日 () 時 分から 分間

場所 埼玉協同病院・ふれあい生協病院 () へお越し下さい。

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。

2023.7.20改訂