（別紙１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 No．　 　―

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院長 | 薬剤部長 | 医薬品管理課長 | 契約管財課長 | 総務課長 | 医療秘書課(係)長 | 受付担当 |
|  |  |  |  |  |  |  |

西暦　　　　　年　　　月　　　日

日本赤十字社医療センター　院長様

会　社　名

会社所在地

代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

 TEL

 FAX

**活動許可申請書（医薬品・医療器械等）**

貴センターにおいて下記の活動許可をいただきたく申請いたします。

記

写真貼付

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

業種　　ＭＲ ・ 医療器械 ・ その他（　　　　　　　　　）

※いずれかに○をして下さい。

担当者連絡先

E-mail

専門領域

活動期間　　 　20 　 　年　　　月　　　日　　 ～ 　　20　 　年　　　月　　　日

※期間が定まっている者のみ終了日時まで記載

新規 ・追加・ 交代（前任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　/No．　　―　　　　 ）

前任者の活動許可証返却日時　　　20 　　 年　　　月　　　日

（提出先は、総務課）