

受付印

## 医療機器・診療材料・医薬品 営業等活動許可 申請書

令和 年 月 日

社 名

電話番号

担当者名

印

参加人数（許可証貸出人数）

名

下記の医療機器・診療材料・医薬品の情報・営業活動を致したく、書類を添えて申請致しますので、ご承認頂けますようお願い申し上げます。

活動種目	医療機器 ・ 診療材料 ・ 医薬品
製品名	
定価	
主たる活動先 (部署・医師名等)	
活動内容及び申請理由	
備考	

※提出先：総合病院 5階 物流管理室