別紙様式１

年　　月　　日

医薬品に関する説明会等届出書

福井県立病院薬剤部長　様

届出者（会社名および担当者氏名並びにその連絡先）

連絡先（携帯等）：

福井県立病院での医療従事者への医薬品に関する説明会等を行うに当たり、「医薬品情報提供担当者（ＭＲ）の情報提供活動要領」に基づき、下記のとおり届け出ます。

なお、説明会等において製剤見本を配布する場合には、実薬であることを十分説明のうえ必要最小限とし、説明会等終了後は、原則全品回収することを誓約します。

記

主 催 者	
内　　容	
対象職種 参加人数	①医師　②薬剤師　③看護師　④コ・メディカル ⑤その他（　　） （該当する番号を○で囲む）　参加人数（　　人　）（予定）
期日・時間	年　月　日　時　分 ～　年　月　日　時　分
場　　所	①講堂　②大会議室　③中会議室１、中会議室２ ④多目的室１、多目的室２　⑤病棟（　　） ⑥医局（　　）　⑦薬剤部 ⑧その他（　　）（該当する番号を○で囲む）
配布資料等	①製品概要・添付文書・IF 等　②製剤見本 ③その他（　　）（該当する番号を○で囲む）

（注）本届出書は、実施日の１週間前までに薬剤部に提出してください。