JR東京総合病院　医薬情報担当者（MR）登録・変更届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 会社名 |  | |
| 支店・営業所 |  | |
| 会社住所  ＊支店・営業所を記載 | 〒 | |
| 電話番号 | コールセンター |  |
| 支店・営業所 |  |
| 携帯 |  |
| E-mail |  | |
| FAX番号（支店・営業所） |  | |
| 担当領域 |  | |
| 顔写真  又は  MR認定資格証 |  | |
| 訪問開始年月 | 年　　月 | |
| 旧担当者名  （変更時のみ） |  | |
| 備考 |  | |

※指定アドレスに必要事項記載の上、このファイルを添付してください。

※メールの件名は「【会社名：担当領域】医薬情報担当者（MR）登録・変更届」

と記載してください。

担当領域がなければ記載不要です。

2020.11.1作成