担当ＭＲ調査票　(国際親善総合病院)

　（＊印のところは、差し支えがなかったらご記入願います。）

【会社名（正式名称）】

【会社名ふりがな】

【支店・営業所名】

【住所】〒

【ビル名】

【電話番号】

【ＦＡＸ番号】

【URL:http】

【本社住所】〒

【本社電話番号】

【本社ＦＡＸ番号】

【学術情報問い合わせ先部署名】 学術部

【学術情報問い合わせ先電話番号】

【学術情報問い合わせ先ＦＡＸ番号】

【当院担当者氏名】

【当院担当者氏名ふりがな】

【当院担当者所属部署名及び役職名】

【E-Mail address】

【担当者出身学部】

 1)薬学

 2)薬学以外の理科系学部

 3)文科系学部及びその他

＊【出身大学名】

＊【出身学部・学科】

【医薬情報業務経験(開始年月)】　'00/00から

【現会社勤続年数(開始年月)】 '00/00から

【ＭＲ試験】

 1）合格 ('00/00/00)

 2）不合格 ('00/00/00)

 3）未受験 ('00/00/00現在）