

(様式1)

訪 問 申 請 書

申 請 者	会社名	氏名
訪 問 日 時	月	日 () 時 分から 程度
訪 問 者	所属	面会申請者及び御同道される方が いる場合ご記載下さい。
	所属	氏名
	所属	氏名
	所属	氏名 対応する者の所属と氏名 例：腫瘍内科 松本光史
応 対 者	所属	氏名
訪問の内容 (具体的に記載すること)		
面会理由を簡単にご記載下さい。		
		許 可 番 号

応 対 記 録 票

応対の内容					
1 上記のとおり					
2 その他 (下記のとおり)					
対応者の印を受領して下さい。					
応対場所	1 治療管理室	2 その他 (
応対者印				管理	
事前に記載可能な箇所をご記載の上、薬剤部へFAXして下さい。					

注：県立がんセンター FAX 薬剤部 (078) 924 - 1369

(様式3)

応対指定時間・場所変更申請書

管理者	副管理者		
		対応する者の所属 例：腫瘍内科、薬剤部等	面会終了後、対応者より印を受領下さい。
所 属		氏 名	印
業 者	会社名	御社名	氏 名
変更希望日時	月 日 () 時 分から 分程度		
変更希望場所	院内規定の面会場所がございますが、治験の面会やSDVの場合、該当致しませんので、指定された場所を必ずご記載下さい。		
上記理由	対応者の指示による等ご記載下さい。		

注：県立がんセンター FAX 総務課 (078) 929 - 2380 薬剤部 (078) 924 - 1369