

様式第 2 号

時間外訪問許可申請書

申請日： 年 月 日

小川赤十字病院
薬剤部長様

企業名： _____

MR 氏名： _____

 年 月 日は、下記理由により、時間外の訪問許可を申請いたします。

- ☐ 説明会、勉強会による時間超過のため
- ☐ 緊急情報伝達のため
- ☐ 医師等の職員からの呼び出し対応のため

所属名： _____

職員名： _____

- ☐ その他

(下段に詳細内容をご記入ください)
