

(様式1)

年 月 日

大分県知事

殿

所在地:

企業名:

代表者名:

印

年度薬事アドバイザー派遣要請書

事業の円滑な推進を図るため、薬事アドバイザーの派遣について、下記により申し込みます。

記

事業内容				資本金	万円		
創業年月	年	月	法人設立 年 月	年	月	従業員数	人
1. 希望するアドバイザー 氏名:							
2. アドバイザーの派遣を希望する日							
1回目		年	月	日			
2回目		年	月	日			
3回目		年	月	日			
4回目		年	月	日			
3. 具体的な指導要請内容 (現状・課題・希望アドバイスを具体的に)							
4. 診断・助言に対応する担当者名及び役職							
担当者名:							
役職:							
T E L:				F A X:			