説明会、自社取り扱い製品の情報提供の申し込み用紙および同意書 H28.3 月版

説明会　　日 時　平成　年　月　日　　時　分

情報提供予定の商品名・製品名

企業名　　担当者名

当日の連絡先　事務所電話番号　　携帯電話番号

名簿に出席者名の記名必要　1.(なし)　2.(あり【代筆、ゴム印】)　3.(あり【本人直筆】)

○　説明会申し込み方法、提出先(原則手渡しまたは郵送)、注意事項

〒467-8601　名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄１　名古屋市立大学脳神経外科学教室　医局秘書

説明会希望者は当教室医局内の予定表上の空いている日時に予約して頂きます。当教室ホームページからこの書式をダウンロードの上、上記項目を記入し、説明会の一週間前までに脳神経外科医局秘書まで提出を御願いします(申し込み)。希に予約日時に当教室・当大学の都合により緊急に説明会開催不能となる場合があることをご了承下さい。説明会開催に際しての準備品、注意事項の詳細は医局内に掲示した注意事項をよく読んでご準備下さい。

○　当教室からの要望と同意書

当教室では医療水準向上、学術的競争力、教育研究力、価格対性能比競争力、病院価値向上に寄与する情報を求めており、これを提供可能な企業、担当者からの情報提供を希望します。同時に知り得た守秘すべき事項の秘密保持を御願いしております。下記同意書について読んで頂き、上記希望もご理解頂き、ご同意頂けましたらサインを御願いします。なお、同意書に関しては同意されなくても今回の当教室での説明会開催、情報提供や今後の当教室、当大学付属病院での貴社製品の情報提供は可能です。　　医局長

－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－

同　意　書

・私は自社取り扱い製品に関する誇大な効果や機能を宣伝することなく、客観的で科学的な根拠、事実にもとづいた情報提供につとめることに同意します。

・私は名古屋市立大学医学部脳神経外科学教室の競争力向上につながる、自社製品に関する有益な情報、自社取り扱い製品に関する初期製品不良、副作用、不具合、有害な情報を迅速正確に提供することに同意します。

・私は外部の者では知り得ない名古屋市立大学医学部脳神経外科学教室内および、患者さんの個人情報、研究内容等の各種情報について第三者に対して守秘することに同意します。

同意した日時　　年　月　日

企業名　　氏　名　　直筆