

新規採用医薬品チェックリスト

医薬品名： _____

会社名： _____

担当 MR 氏名： _____

(連絡先： _____)

1.納品に関わる項目		備考
特定の医薬品卸業者のみの取り扱い	有 ・ 無	
- 有りの場合 卸し業者を記載		
2.処方に関わる項目		備考
医療機関の登録	有 ・ 無	
医師の登録	有 ・ 無	
薬剤師の登録	有 ・ 無	
e ラーニングの有無	有 ・ 無	
- 有りの場合 対象職種を記載		
全例調査の有無	有 ・ 無	
- 有りの場合 対象期間を記載		
3.資材・物品など		備考
説明用紙	有 ・ 無	
付属品	有 ・ 無	
- 有りの場合 詳細を記載		
	※付属品が有る場合、見本1セットをご送付ください。	
4.その他 (注意事項がありましたら記載をお願いします)		