

説明会実施確認書

実施日 / /

支店名	
担当者氏名	
CAH同行 (どちらかに○)	同行あり/同行なし

対象製品名	
医療機関名	
診療科/病棟/部署名	
代表者名	
参加人数	
説明会実施目的	

* 説明会実施後、CAH営業担当に連絡ください