

試験合格番号： _____ 提出日： _____
合格者氏名： _____

推薦状

上記の者は糖尿病領域 MR として 1 年程度以上の経験を有し、
糖尿病領域 MR として医療への貢献を期待できる MR として推薦します。

記入欄	会社名： 所属： 職位： 氏名： 電話番号： 署名（自筆）： 記入日： 年 月 日
記入欄	会社名： 所属： 職位： 氏名： 電話番号： 署名（自筆）： 記入日： 年 月 日
記入欄	会社名： 所属： 職位： 氏名： 電話番号： 署名（自筆）： 記入日： 年 月 日

※当書式に掲載される個人情報は協会にて厳重に管理し、合格者を認定する以外の目的では使用いたしません。
また紛失、漏洩等が発生しないよう管理責任者を定め、個人情報取り扱い規定を整備し、これらの危険に対する安全対策を積極的に実施し、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。個人情報の取り扱いの全てもしくはその一部を外部に委託する場合、委託を受けた者に対して適切な監督を実施します。

※記入者への連絡は第三者からの真偽確認の連絡があった場合等の調査必要性が判断された場合、実施される可能性があります。原則実施致しません。