

ミナト医科学株式会社 宛

住 所 \_\_\_\_\_

氏名又は会社名 \_\_\_\_\_

(部署名) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 情報提供申請書

貴社が医療機関等及び医療担当者に支払った原稿執筆料等に関して、貴社の「企業活動と医療機関等との関係の透明性に関する指針」に基づき、下記のとおり情報提供を申請します。また、申請にともない3.に掲げた事項について合意いたします。

1. データの利用目的をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

2. 情報提供を申請するデータにチェックを入れてください。

(1) 講師謝金

全件 or 右記データのみ( \_\_\_\_\_ )

(2) 原稿執筆料・監修料

全件 or 右記データのみ( \_\_\_\_\_ )

(3) コンサルティング等業務委託費

全件 or 右記データのみ( \_\_\_\_\_ )

3. 次の事項に同意いたします。

- ・ 本ページに掲載される情報を無断で転載・転用・加工・二次利用・外部送信する行為、またはこれらに類する行為を行いません。
- ・ 提供されたデータを営利目的で利用する行為を行いません。
- ・ 医療機関、医療関係者または貴社(関連会社を含む)の財産もしくは信用・名誉・プライバシー等を侵害し、または侵害するおそれのある行為を行いません。
- ・ 医療機関、医療関係者または貴社(関連会社を含む)に迷惑、不利益もしくは損害を与える行為またはそのおそれのある行為を行いません。
- ・ 公序良俗に反する行為、またはそのおそれのある行為を行いません。
- ・ 犯罪行為または犯罪に結びつく行為、またはそのおそれのある行為を行いません。
- ・ 法令または条例に違反する行為、またはそのおそれのある行為を行いません。
- ・ その他、貴社が不適切と判断する行為を行いません。