

大杉製薬株式会社御中

「大杉製薬株式会社、高砂薬業株式会社及び康和薬通有限会社  
と医療機関等との関係の透明性ガイドライン」に基づく

## 詳細情報開示申出書

本申出書の全欄にご記入下さい。記入漏れのままご郵送いただいても開示できませんのでご注意下さい。

申出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

詳細情報については、個人・団体の名称等が含まれている為、下記をご誓約下さい。

公開された情報を用い以下の行為を行わないことを誓約し、下記に署名する。

- 1 公開された情報をみだりに第三者に提示する行為。
- 2 公開された情報を営業又は営利目的のために使用する行為。
- 3 公開された医療機関等又は当社に対する不利益もしくは損害を与える行為。又はその恐れのある行為。
- 4 公開された医療機関等又は当社名誉又は信用を毀損する行為。
- 5 公序良俗に反する行為。又はその恐れのある行為。
- 6 犯罪又は犯罪に結びつく行為。又はその恐れのある行為。
- 7 法令又は条例に違反する行為。又はその恐れのある行為。
- 8 その他、当社が不適切と判断する行為。

住所	〒		
所属組織名			
役職名		氏名	
* 組織に所属されていない方、役職のない方は「無」とご記入下さい。 * 署名いただいた住所・宛先に回答を郵送させていただきます。 * 開示情報の利用により直接・間接の損失・損害が発生しても、当社は一切の責任を負いません。			

詳細情報の公開を希望される項目または公開を希望される特定の組織や個人の名称

--

公開希望理由または利用目的

--

以上

\* 当社は、本申出書で取得した申請者の個人情報を、本件詳細情報の提供のためのみに使用します。