

すべての項目についてご記入後、RevMate®センターへ提出してください

## RevMate®(レブラミド®・ポマリスト®)適正管理手順) 説明会申込書(医師)

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

| 説明会申込代表医師  |  |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
|--|--|--------------|--------------|---------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| (フリガナ)<br>氏名   | <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である*<br><input type="checkbox"/> 運営委員会に申請し承認済み   |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| (フリガナ)<br>医療機関名  | 処方可能医療機関であることの情報開示について<br>(1~3のいずれかにチェックしてください): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">RevMate®登録施設</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Web掲載を許諾する</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Web掲載は不可だが、患者からの問い合わせがあった場合は情報開示してよい</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. 上記1、2のいずれも不可</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |              | RevMate®登録施設 | 1. Web掲載を許諾する | <input type="checkbox"/> | 2. Web掲載は不可だが、患者からの問い合わせがあった場合は情報開示してよい | <input type="checkbox"/> | 3. 上記1、2のいずれも不可 | <input type="checkbox"/> |
|  |  | RevMate®登録施設 |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| 1. Web掲載を許諾する  | <input type="checkbox"/>   |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| 2. Web掲載は不可だが、患者からの問い合わせがあった場合は情報開示してよい                                  | <input type="checkbox"/>   |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| 3. 上記1、2のいずれも不可  | <input type="checkbox"/>   |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| 所在地  |  |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| 連絡先<br>TEL:  | 説明会案内書の電子ファイルの要否<br><input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要   |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| 連携産婦人科医師情報   |  |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |
| <input type="checkbox"/> 医療機関内産婦人科<br><input type="checkbox"/> 他医療機関産婦人科 | (フリガナ)      (フリガナ)<br>医療機関名:      医師名:   |              |              |               |                          |   |                          |                 |                          |

説明会に出席する医師氏名等をご記入ください(処方医師として登録するためには、説明会への出席が必須です)

| 氏名 |      | 登録区分   |
|----|------|--|
| 漢字 | フリガナ | (いずれかにチェックし、“指導医師あり”の場合は氏名記入)  |
|    |      | <input type="checkbox"/> 専門医* <input type="checkbox"/> 指導医師あり <input type="checkbox"/> 前期研修医ではない |
|    |      | <input type="checkbox"/> 専門医* <input type="checkbox"/> 指導医師あり <input type="checkbox"/> 前期研修医ではない |
|    |      | <input type="checkbox"/> 専門医* <input type="checkbox"/> 指導医師あり <input type="checkbox"/> 前期研修医ではない |
|    |      | <input type="checkbox"/> 専門医* <input type="checkbox"/> 指導医師あり <input type="checkbox"/> 前期研修医ではない |
|    |      | <input type="checkbox"/> 専門医* <input type="checkbox"/> 指導医師あり <input type="checkbox"/> 前期研修医ではない |
|    |      | <input type="checkbox"/> 専門医* <input type="checkbox"/> 指導医師あり <input type="checkbox"/> 前期研修医ではない |

\* 日本血液学会認定血液専門医として登録予定の先生につきましては、日本血液学会に専門医であることを確認させていただきますので、ご了承ください

頂いた個人情報は、説明会の開催運営及びその他 RevMate®運営の目的のため、当社プライバシーポリシーに基づき利用させていただきます。

..... 弊社記入欄 .....

説明会日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

説明会場: \_\_\_\_\_

担当者名: \_\_\_\_\_