

RevMate®に関する同意書(医師・責任薬剤師)

私は、RevMate®(レブラミド®・ポマリスト®適正管理手順)の内容に同意します

		同意日	年	月	日
登録区分 いずれかに○を 付けてください	1. 処方医師 └─▶ <input type="checkbox"/> 前期研修医ではない (ご確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)	2. 責任薬剤師			
氏名	(フリガナ) -----				
医療機関名	(フリガナ) -----				
連絡先	FAX 注1: E-Mail:	TEL:			

注1) 責任薬剤師の場合、「患者登録情報連絡書」の送付先となります
頂いた個人情報は 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。

RevMate®センター宛に本「同意書」を提出する

担当者名: _____