

説明会日：\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名：\_\_\_\_\_

## RevMate®(レブラミド®・ポマリスト®)適正管理手順)

# 説明会出席者リスト

	氏 名 (フリガナを必ずご記入ください)	職 種* (番号を選択)	理解度の確認	同意書受領** (ありの場合は○)
1	(フリガナ) -----		実施・未実施	
2	(フリガナ) -----		実施・未実施	
3	(フリガナ) -----		実施・未実施	
4	(フリガナ) -----		実施・未実施	
5	(フリガナ) -----		実施・未実施	
6	(フリガナ) -----		実施・未実施	
7	(フリガナ) -----		実施・未実施	
8	(フリガナ) -----		実施・未実施	
9	(フリガナ) -----		実施・未実施	
10	(フリガナ) -----		実施・未実施	

\* 職種 (1. 処方医師 2. 責任薬剤師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. ソーシャルワーカー 6. CRC 7. その他)

\*\* 同意書は、処方医師及び責任薬剤師からのみ受領してください

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。