

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(薬剤師)

		申請日	年	月	日
説明会申込代表薬剤師					
(フリガナ)					
氏名					
(フリガナ)					
医療機関名					
〒					
所在地:					
連絡先			説明会案内書の電子ファイルの要否		
TEL:			<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
必須確認事項		<input type="checkbox"/> 同一医療機関に日本血液学会認定血液専門医が在籍している <input type="checkbox"/> 運営委員会に申請し承認済み医師が在籍している			

説明会への出席を希望する薬剤師名をご記入ください

薬剤師氏名	
漢字	フリガナ

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: _____