

## RevMate®(レブラミド®・ポマリスト®)適正管理手順)

# 医療者登録情報変更依頼書

現在の登録内容(必ず、全項目をご記入ください。数字には、○を付けてください)

依 頼 日	年 月 日	登 録 区 分	1:処方医師	2:責任薬剤師
登 録 者 氏 名	(フリガナ)	登 録 ID		
「登録変更通知書」送付		「登録変更通知書」の電子ファイル送付の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		

「 年 月 日」<sup>注1)</sup>より登録情報を以下の通り変更してください

**【変更内容】**

登録者氏名 ※氏名に変更がある場合のみご記入ください	(フリガナ)
<b>【処方医師】</b> どちらかにチェックして下さい <input type="checkbox"/> 処方医療機関の追加 <input type="checkbox"/> 医療機関を異動 <sup>注2)</sup>	医療機関名  住所 〒
	登録基準 <input type="checkbox"/> 血液学会認定専門医である <input type="checkbox"/> 血液学会認定専門医ではない⇒(異動先医療機関での指導医: ) * 指導医がいない場合は、特例申請が必要です
追加、異動の医療機関での 処方希望薬剤	<input type="checkbox"/> レブラミド® <input type="checkbox"/> ポマリスト®
処方医師の処方医療機関追加、異動に伴い医療機関を新規登録する場合は、以下の項目についてもご記載ください	
連絡先	TEL: FAX:  E-Mail:
連携産婦人科医療機関	
連携産婦人科医師名 <sup>注3)</sup>	(フリガナ)
医療機関情報開示	<input type="checkbox"/> 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 のいずれも不可である

注 1) 登録変更希望日(土日祝を除く)は、登録内容変更日となります

注 2) 異動の場合、変更前の医療機関では処方ができなくなります

注 3) 同一医療機関内産婦人科の場合は記載不要です

注 4) 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。  
登録変更受付後に、RevMate®センターより、「登録変更通知書」をお送りします

担当者名: \_\_\_\_\_