

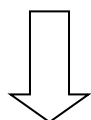
## RevMate®(レブラミド®・ポマリスト®)適正管理手順) 責任薬剤師変更申請書

以下の通り責任薬剤師の変更を申請します

### 現在の登録内容

(全項目ご記入ください)

申請年月日	年 月 日	責任薬剤師 ID	
責任薬剤師氏名	(フリガナ)		
医療機関名			
所在地	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
	E-Mail:		



### 新責任薬剤師登録内容

(全項目ご記入ください)

責任薬剤師 変更希望日	年 月 日
責任薬剤師氏名	(フリガナ)
確認項目	(いずれかをチェックしてください) Ver.6.2 の RevMate®説明会を: <input type="checkbox"/> 受講済みです <input type="checkbox"/> 受講したことがありません (RevMate®説明会の受講が必要です。RevMate®担当者にご連絡ください)

\* 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。

担当者名: \_\_\_\_\_ 連絡先 TEL: \_\_\_\_\_