

RevMate に関する同意書(医師・責任薬剤師)

私は、RevMate(レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順)の研修を受講し、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、☑をお願いします)	2. 責任薬剤師			
氏名 (署名)	(フリガナ)				
医療機関名	(フリガナ)				
連絡先	FAX*:		TEL:		
	E-mail:				

*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、製造販売業者のプライバシーポリシー及び社内基準に基づき利用させていただきます。

担当者は RevMate センター宛に本「同意書」を提出する。

担当者名: _____