RevMate センター 行き （FAX：03-6368-9022 TEL：0120-071-025）

RevMate（レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順）

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、〇を付けてください）

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	

「　年　月　日」*1 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	（フリガナ）
【処方医師】 ☐ 処方医療機関の追加 無効化する施設がある場合は、以下の項目もご記入ください	医療機関名
	住所〒
	連絡先 TEL：　FAX： E-mail：
	登録基準 ☐ 血液学会認定専門医である ☐ 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
【処方医師】 ☐ 処方医療機関の無効化	医療機関名
	住所〒
	連絡先 TEL：　FAX： E-mail：
処方医師の処方医療機関追加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入ください	
連携産婦人科医療機関	
連携産婦人科医師名 *2	（フリガナ）
医療機関情報開示 （新規登録医療機関のみ記入）	☐ 1：Web 掲載を許諾する ☐ 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 ☐ 3：上記 1、2 のいずれも不可である

*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。

*2 同一医療機関内産婦人科の場合は記入不要です。

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：

様式 12（Ver. 7.0）