

RevMate(レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順)

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:	



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 *1	年 月 日
責任薬剤師氏名	(フリガナ)
連絡先	E-mail:
確認項目	(いずれかをチェックしてください) RevMate 研修及び製品説明を: <input type="checkbox"/> 受講済みです <input type="checkbox"/> 受講したことはありません (RevMate 研修及び薬剤説明の受講が必要です。RevMate センターにご連絡ください)

*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。

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。

担当者名: _____ 連絡先 TEL: _____