RevMate®に関する同意書
（処方医師・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　　2. 責任薬剤師 → ☐ 前期研修医ではない （ご確認の上、☑をお願いします）
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：＿＿＿＿＿＿＿＿

RevMate®は米国 Celgene Corporation（Bristol-Myers Squibb の関係会社）の登録商標です