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

RevMate®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】変更する項目にチェックし、変更箇所のみ記載してください。

登録情報の変更	医療者	□氏名の変更*2	（フリガナ）
		□E-mailアドレス	□追加　□変更　□削除
		□【処方医師のみ】専門医取得状況	□認定血液専門医を取得した □認定血液専門医を失効した ＜現行の登録情報＞ 医療機関名：　指導医： 医療機関名：　指導医： ＊指導医がいない場合は、別途合同運営委員会での審議が必要です
処方可能医療機関の変更	処方医師	□施設追加	医療機関名： 住所　〒 登録基準 □認定血液専門医である □認定血液専門医ではない⇒（追加先での指導医：　） ＊指導医がいない場合は、別途合同運営委員会での審議が必要です
		□施設無効化	医療機関名： 住所　〒

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、以下を記入ください。	
連絡先 （医療機関情報として登録されます）	TEL： FAX：
連携産婦人科医療機関	
連携産婦人科医師名 （同一医療機関内産婦人科の場合は記入不要）	（フリガナ）

*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。（RevMate® Proにて申請された場合は土日祝の対応も可）

*2 姓等の変更であり、責任薬剤師の変更は本様式ではできません。

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：

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