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

RevMate®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： ☐ 受講済みです ☐ 受講したことがありません （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：＿＿＿＿＿＿＿＿

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