

連携に関する同意書(産科婦人科)

「サリドマイド製剤安全管理手順」(TERMS[®])について、医薬情報担当者より情報提供を受け理解しました。

[施設名 : _____ 医師名 : _____]

上記医師より依頼があった場合は、当科の医師が対応します。

同 意 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名・科 : _____

所 在 地 : _____

電 話 番 号 : _____

医 師 署 名 : _____