

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

特約店責任薬剤師

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、遵守に同意します。

同 意 日： _____ 年 月 日

社 名： _____

事 業 所 名： _____

特約店
責任薬剤師署名： _____