

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

## 登録申請書 (処方医師)

	登録申請日	年	月	日
施設名				
	以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> 本剤投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する <input type="checkbox"/> 本剤を院内にて調剤することが可能である			
所在地	〒			
	TEL : (        )        -			
処方医師	(フリガナ)			
	氏名	(姓)	(名)	
	所属			
	<b>【登録要件の確認】</b> 以下の全てを満たす <input type="checkbox"/> サリドマイドの催奇形性及び本手順に関する情報提供を受け、理解している <input type="checkbox"/> 本手順の遵守に同意する <input type="checkbox"/> 産科婦人科医師と連携を図ることに同意が得られている <input type="checkbox"/> 研修医ではない (ただし、日本血液学会認定血液専門医又は日本神経学会認定神経内科専門医は除く) <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <small>注1)</small> <input type="checkbox"/> 日本神経学会認定神経内科専門医である <small>注2)</small> <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <small>注3)</small> <input type="checkbox"/> 日本神経学会認定神経内科専門医と連携が可能である <small>注4)</small> <input type="checkbox"/> 上記以外である <small>注5)</small>			

注1) 日本血液学会認定血液専門医の証明書 (写) が必要です。

注2) 日本神経学会認定神経内科専門医の証明書 (写) が必要です。

注3) 日本血液学会認定血液専門医の証明書 (写) 及び連携を証明する文書又は文書 (写) が必要です。

注4) 日本神経学会認定神経内科専門医の証明書 (写) 及び連携を証明する文書又は文書 (写) が必要です。

注5) TERMS 委員会の評価が必要です。

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等(FAX<sup>#</sup>、タブレット端末による画像送信、郵送又はMRによる搬送) により提出してください。# (FAX 番号 0120-007-121)