

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

登録申請書（責任薬剤師）

	登録申請日	年	月	日
施設名				
所在地	〒			
	TEL : ()		FAX : ()	
責任薬剤師	(フリガナ)			
	氏名	(姓)	(名)	
	所属			
確認項目	<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			
保管場所の設置状況	<input type="checkbox"/> 人の出入りが制限された施設可能な場所にて薬剤管理が可能である			

交代予定日 年 月 日 (記入がない場合は登録された日より登録番号が有効となります。)

※ この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、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)