

登録情報変更申請書（処方医師）

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【現在の登録内容】

(フリガナ) 処方医師名		処方医師登録番号							
施設名									

【変更内容】 変更箇所にチェック及び変更内容をご記入ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登録情報を以下の通り変更してください	
<input type="checkbox"/> 氏名の変更	フリガナ 氏 名
<input type="checkbox"/> 医療機関の追加 <input type="checkbox"/> 医療機関の異動 ^{注1)}	施設名
	所在地 〒
	TEL () -
	所 属
<input type="checkbox"/> その他の変更	

医療機関の追加、異動に伴い医療機関を新規登録する場合は、以下の項目についてもご確認ください。

<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 <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 ^{注2)}
--

注 1) 異動の場合、変更前の医療機関では処方ができなくなります。

注 2) 連携に関する同意書（産科婦人科）（様式 2）が必要です。

※ この様式を藤本製薬株式会社 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）

※ 原本は医療機関で保存してください。

※ 登録変更完了後に藤本製薬株式会社より、「登録情報変更通知書（処方医師）」（様式 20-A）をお送りします。