

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル**）紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師登録番号 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 25px; margin: 5px 0;"></div> <input type="checkbox"/> 特約店責任薬剤師登録番号 <div style="border: 1px solid black; width: 420px; height: 25px; margin: 5px 0;"></div>
施設名又は社名及び事業所名	
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 特約店関係者 <input type="checkbox"/> 患者又は患者関係者 患者登録番号 <div style="border: 1px solid black; width: 340px; height: 25px; margin: 5px 0;"></div>
紛失日	<div style="text-align: center;">年 月 日</div>
紛失数	サレド[®]カプセル 100 Cap
	サレド[®]カプセル 50 Cap
	サレド[®]カプセル 25 Cap
紛失状況*	

* どこで紛失したか、紛失に気付いた経緯、紛失の原因、その後の対応等を分かる範囲でご記入ください。

注) 本様式の記入後は、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。原本は後日 MR が回収に伺います。[#] (FAX 番号 0120-007-121)

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。