

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

ENL

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 ☐ サリドマイド製剤等投与に関して、緊急時に十分対応できる設備を有する ☐ サリドマイド製剤等を院内にて調剤することが可能である				
所在地 ^{注)}	注) 公式ホームページに記載の住所と同じ ☐ (チェックを入れた場合、所在地の記入は省略いただけます) 〒				
	TEL () —				
処方医師	(フリガナ)				
	氏 名	(姓)			(名)
	診療科名				
	E-mail	@			
	【登録要件の確認】 以下の全てを満たす ☐ 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ている ☐ 本手順を理解し、遵守に同意する ☐ 産科婦人科医師との連携が可能である (次のいずれかにチェック) ☐ 医療機関内産科婦人科 ☐ 他医療機関産科婦人科 (施設名、医師名をご記入ください) 施設名 _____ 医師名 _____ ☐ 前期研修医 (初期臨床研修の 2 年間を研修中の医師) ではない ☐ 次のいずれかに該当する (連携の場合は、施設名・連携医師名をご記入ください) ☐ 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医である ^{注1)} ☐ 国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師である ☐ 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医と連携が可能である ^{注1)} ☐ 国立ハンセン病療養所に勤務する常勤医師と連携が可能である ☐ 上記以外である ^{注2)} 施設名 _____ 連携医師名 _____				

注 1) 日本皮膚科学会の情報を確認させていただきますので、予めご了承ください。

注 2) 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[#]、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)