

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

POEMS
-------

## 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"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <sup>注)</sup>	注) 公式ホームページに記載の住所と同じ <input type="checkbox"/> (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	@			
	<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ている <input type="checkbox"/> 本手順を理解し、遵守に同意する <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 医療機関内産科婦人科 <input type="checkbox"/> 他医療機関産科婦人科 (施設名、医師名をご記入ください)  <u>施設名</u>  <u>医師名</u> <input type="checkbox"/> 前期研修医 (初期臨床研修の2年間で研修中の医師) ではない <input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する (連携の場合は連携医師名をご記入ください) <input type="checkbox"/> 日本血液学会認定血液専門医である <sup>注1)</sup> <input type="checkbox"/> 日本神経学会認定神経内科専門医である <sup>注2)</sup> <input type="checkbox"/> 同一医療機関にて日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である <sup>注1)</sup> <input type="checkbox"/> 同一医療機関にて日本神経学会認定神経内科専門医と連携が可能である <sup>注2)</sup>  <u>連携医師名</u> <input type="checkbox"/> 上記以外である <sup>注3)</sup>				

注1) 日本血液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) 日本神経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3) TERMS 委員会の評価が必要です。処方医師登録審議申請書 (様式 H46-C) を併せてご提出ください。

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)