

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	
施設名	

【変更内容】 変更箇所を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									
☐ 氏名の変更	<table><tr><td>フリガナ</td><td></td></tr><tr><td>氏 名</td><td></td></tr></table>	フリガナ		氏 名					
フリガナ									
氏 名									
☐ 医療機関の追加	<table><tr><td>施設名</td><td></td></tr><tr><td>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)</td><td></td></tr><tr><td>所在地 〒</td><td></td></tr><tr><td>TEL () -</td><td></td></tr></table>	施設名		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)		所在地 〒		TEL () -	
施設名									
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)									
所在地 〒									
TEL () -									
☐ 医療機関の異動 ^{注)}	<table><tr><td>E-mail</td><td>@</td></tr><tr><td>登録要件</td><td> ☐ 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 _____ ☐ 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) ☐ 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 連携医師名 _____ ☐ 上記以外である^{注2)} </td></tr></table>	E-mail	@	登録要件	☐ 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 _____ ☐ 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) ☐ 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 連携医師名 _____ ☐ 上記以外である^{注2)}				
E-mail	@								
登録要件	☐ 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 _____ ☐ 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) ☐ 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 連携医師名 _____ ☐ 上記以外である^{注2)}								
☐ 連携する産科婦人科医師の変更	<table><tr><td>施設名</td><td>_____</td></tr><tr><td>医師名</td><td>_____</td></tr></table>	施設名	_____	医師名	_____				
施設名	_____								
医師名	_____								
☐ 連携医師の変更 (連携医師が異動等の場合)	<table><tr><td>連携医師名</td><td>_____</td></tr></table>	連携医師名	_____						
連携医師名	_____								
☐ その他の変更									

医療機関の追加、異動に伴い TERMS®に登録されていな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。

- ☐ 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

※ 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)

※ 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。