様式 1

処方医師

藤本製薬
TERMS 管理センター あて

サリドマイド製剤等安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（ サレド®カプセル ）、レナリドミド製剤（ レナリドミドカプセル「FNK」 ）を使用するにあたり、「サリドマイド製剤等安全管理手順」（TERMS®）を理解し、遵守に同意します。

同　意　日　：　　年　　月　　日

施　設　名　：

処方医師署名　：