様式 10-B

ENL

藤本製薬
TERMS 管理センター あて

登録申請書（処方医師）

登録申請日	年　　月　　日

施 設 名			
	以下の全ての要件を満たす □ 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 TERMS®に関する情報提供を受けている □ TERMS®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 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)