藤本製薬
TERMS 管理センター あて

登録申請書（特約店責任薬剤師）

登録申請日	年　　月　　日

社　名			
事業所名			
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（　　）　　－　　FAX（　　）　　－		
特約店 責任薬剤師	（フリガナ） 氏　　名		
		（姓）	（名）
	確認項目	□ サリドマイド、レナリドミドの催奇形性及び 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	
保管場所の 設置状況	□ 人の出入りが制限された施錠可能な場所にて薬剤管理が可能である		

交代予定日　　年　　月　　日（記入がない場合は登録された日より登録番号が有効となります。）

この用紙は藤本製薬 TERMS 管理センターへ FAX[#]、郵送又は MR による搬送により提出してください。
[#](FAX 番号 072-339-5885)