様式 19-A2

ENL

藤本製薬
TERMS 管理センター あて

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】変更箇所に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	フリガナ 氏　名	
☐ 医療機関の追加 ☐ 医療機関の異動[注)] [注)]異動の場合、変更前の医療機関では処方ができなくなります。 注1) 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。	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　（　　）　　－	
	診療科名	
	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
☐ 連携する産科婦人科医師の変更	施設名 医師名	
☐ 連携医師の変更	施設名　　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 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。