様式 19-A3

POEMS

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。処方医師登録審議申請書(様式 H46-C)を併せてご提出ください。	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（連携の場合は連携医師名をご記入ください） □ 日本血液学会認定血液専門医である[注 1)] □ 日本神経学会認定神経内科専門医である[注 1)] □ 同一医療機関にて日本血液学会認定血液専門医と連携が可能である[注 1)] □ 同一医療機関にて日本神経学会認定神経内科専門医と連携が可能である[注 1)] 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	施設名 医師名	
□ 連携医師の変更 （連携医師が異動等の場合）	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。