藤本製薬
TERMS 管理センター あて

登録情報変更申請書（その他）

申請日：　　年　　月　　日

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名又は社名及び事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者登録番号

□ 責任薬剤師登録番号

□ 特約店責任薬剤師登録番号

登録情報を以下のとおり変更してください。

【 変更内容 】

※　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（特約店は除く）、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（その他）」（様式 20-C）をお送りします。