藤本製薬
TERMS 管理センター あて

FAX：０１２０－００７－１２１

サリドマイド製剤等紛失等の届出書

記入日　　年　　月　　日

下記サリドマイド製剤等の紛失等につき届出します。

届出者	□責任薬剤師登録番号 □特約店責任薬剤師登録番号		
施設名又は 社名及び 事業所名			
紛失者	□医療機関関係者　□特約店関係者 □患者又は患者関係者 患者登録番号		
紛失日	年　月　日		
紛失数	該当するものにチェックのうえ内容をご記入ください □サレドカプセル　mg ×　カプセル □レナリドミドカプセル「FNK」　mg ×　カプセル		
紛失状況*			
第三者への 曝露の可能性	有の場合：考えられる理由をご記入ください 無　／　有（　）		
薬剤管理者の 有無	有　／　無	薬剤管理者の年齢 ※薬剤管理者が有の場合のみ	歳代

＊　どこで紛失したか、紛失に気付いた経緯、紛失の原因、その後の対応等を分かる範囲でご記入ください。

注）本様式の記入後は、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。
原本は後日 MR が回収に伺います（医療機関にて控えが必要な場合はコピーをお取りください）。

この用紙が誤送信されてきた場合は、お手数をお掛けしますが上記 FAX 番号に転送の上、速やかに破棄してください。