

リタリン登録医師申請書(様式-D1)

本申請書は、登録が拒絶された場合もしくは登録が取り消しとなった場合でも、返還されません。
 個人情報の取扱いについては、リタリン流通管理委員会プライバシーポリシーをご参照下さい。

申請日	年 月 日
(フリガナ) 登録申請医師氏名	()
(フリガナ) 診療施設	()
診療科名	
(フリガナ) 診療施設の住所	〒 - ()
診療施設の電話番号	
登録申請医師の e-mail アドレス	
医籍登録番号	
認定医 or 専門医の別 及び取得日	<input type="checkbox"/> 日本精神神経学会・会員* (会員番号 第 号) ・臨床経験年数 (年～ 年の計 年間) ・精神科臨床経験年数 (年～ 年の計 年間)
	<input type="checkbox"/> 日本臨床精神神経薬理学会・専門医 (取得: 年 月)
	<input type="checkbox"/> 日本睡眠学会・認定医 (取得: 年 月)
	<input type="checkbox"/> 日本神経学会・専門医 (取得: 年 月)
	<input type="checkbox"/> 日本小児神経学会・専門医 (取得: 年 月)
ナルコレプシーの 診断・治療に関する情報	過去の診断・治療年数: (年) 過去の診断・治療症例数: (症例)

* 日本精神神経学会については、学会が定める過渡的措置の期間(平成22年3月31日まで)は学会員としますが、現時点において5年以上の臨床経験を有し、うち3年以上の精神科臨床経験を有する医師が対象です。
 また学会が定める過渡期(平成22年3月31日まで)終了までに、専門医として認定されていることが条件になります。

リタリン流通管理委員会 殿

リタリンの処方を行う医師としての登録を申請いたします。

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約いたします。

1. 上記記載の情報がいずれも真実且つ正確であること
2. 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
3. リタリンを適正に使用すること
4. リタリン流通管理委員会が求めた場合、診療記録を含め、リタリンの処方に関する情報提供を行うこと
5. その他リタリン流通管理基準を理解し、その規定に従うこと

また、私は、上記登録申請に関する情報及び登録取消しに関する情報が、登録医師及び登録医師を通じて患者へ、また、薬局及び調剤責任者へ提供されることに同意いたします。

.....年 月 日 氏名: 印

事務局記入欄:

承認日:	年 月 日
登録番号:	S -