

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	2009年 2月 10日
(フリガナ) 登録申請医師氏名	(ニシアザブ イチロウ) 西麻布 一郎
(フリガナ) 診療施設	(〇〇ダイガクイガクフゾクビョウイン) 〇〇大学医学部附属病院
診療科名	精神科
(フリガナ) 診療施設の住所	〒 111-1111 (トウキョウトミナトク・・・・・) 東京都港区・・・・・
診療施設の電話番号	03-1111-1111
登録申請医師の e-mail アドレス	ichiroh.nishiazabu@・・・・・.com
医籍登録番号	111111
認定医 or 専門医の別 及び取得日	<input checked="" type="checkbox"/> 日本精神神経学会・会員* (会員番号 第 11111 号) ・ 臨床経験年数 (年～ 年) ・ 精神科臨床経験年数 (年～ 年の計) <input checked="" type="checkbox"/> 日本臨床精神神経薬理学会・専門医 (取得: 2001 年 12 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: (5 年) 過去の診断・治療症例数: (5 症例)

判別しやすいように
ご記入ください

必ず会員番号をご記入ください

必ず日付を年月までご記入ください

* 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し、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、専門医とさせていただきます。

認定書のコピーを添付してください

リタリン流通管理委員会 殿

下記の文言を必ずお読みください。

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、上記の登録取消しに関する情報を通じて患者へ、また、薬局及び薬剤師等に同意いたします。

必ず日付をご記入下さい

署名、または記名・捺印

2009年 2月 10日

氏名: 西麻布 一郎 (印)

事務局記入欄:

承認日:	年 月 日
登録番号:	S -