

記入見本

リタリン登録医師申請書(様式-D1)

1 太枠内をすべてご記入ください
 登録が拒絶された場合、個人情報が拒絶された場合、リタリン流通管理委員会が求めた場合、その他リタリン流通管理基準を理解し、その規定を申請いたします。

申請日	2010年6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	(○○ダイガク イガクブフゾクビョウイン) ○○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	〒000-0000 (トウキョウトミナトク□□マチ) 東京都港区□□町×-×-×
診療施設の電話番号	03-2222-2222
登録申請医師の e-mail アドレス	ichiroh.nishiazabu@xxxx.jp
医籍登録番号	111111
認定医 or 専門医の別及び有効期限	<input checked="" type="checkbox"/> 日本精神神経学会・専門医(有効期限: 2011年3月) <input checked="" type="checkbox"/> 日本臨床精神神経薬理学会・専門医(有効期限: 2010年12月) <input type="checkbox"/> 日本睡眠学会・認定医 (有効期限: 年 月) <input type="checkbox"/> 日本神経学会・専門医 (有効期限: 年 月) <input type="checkbox"/> 日本小児神経学会・専門医 (有効期限: 年 月)
3 レコペシーの	過去の診断・治療年数: (5年) 過去の診断・治療症例数: (2症例)

判別しやすいようにご記入下さい

認定期間の期限を年月までご記入下さい

3 専門医または認定医であることを証明する書類(認定書、証書等)のコピーを添付して下さい

2 誓約事項をご確認のうえ、署名・捺印・日付記入をお願いします

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
5. その他リタリン流通管理基準を理解し、その規定を申請いたします。

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。

2010年6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 -